

Załącznik nr 2

Znak sprawy: **2233.1.2022**

FORMULARZ OFERTY

na wykonanie **odbiór odpadów medycznych**

nazwa rodzaju zamówienia

I. Nazwa i adres Zamawiającego
Areszt Śledczy w Radomiu ul. Wolanowska 120
Tel. 048 61 31 000, fax 048 33 08 613
NIP 796 10 66 015

II. Opis przedmiotu zamówienia:

Lp	Nazwa	Cena brutto
-	1.	2.
1.	Odbior odpadów medycznych	
2	Cena kilograma odpadów medycznych	
3.	razem	

- a) termin wykonania zamówienia: **12 miesięcy**
b) okres gwarancji.....(min. wymagany przez Zamawiającego okres gwarancji wynosi 36 miesięcy).
c) warunki płatności: **przelew 30 dni**

III. Nazwa i adres Wykonawcy:

.....
.....
... e-mail.....
NIP.....tel.....

1. Oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia za:

cenę netto.....zł
podatek VAT.....zł
cenę brutto.....zł

2. Oświadczam, że zapoznałem się z opisem przedmiotu zamówienia oraz warunkami umowy i nie wnoszę do nich zastrzeżeń

3. Załącznikami do niniejszego formularza oferty stanowiącymi integralną część oferty są:

.....
.....

.....dnia.....

ZASTĘPCA DYREKTORA
Aresztu Śledczego w Radomiu
ppłk Marcin Pawlikowski
.....
podpis osoby uprawnionej