Załącznik nr 1 do SWZ

***Modyfikacja z dnia 27.04.2023 r.***

**FORMULARZ OFERTOWY**

Dotyczy postępowania pn.

**„Świadczenie usług odbioru, transportu i unieszkodliwiania odpadów medycznych”**

|  |  |
| --- | --- |
| **Zamawiający:** | **Szpital im. św. Jadwigi Śląskiej w Trzebnicy****ul. Prusicka 53-55****55-100 Trzebnica** |
| **Nazwa i adres Wykonawcy/ Wykonawców wspólnie ubiegających się o zamówienie:** |  |
| **Województwo:** |  | **KRS:***(jeżeli dotyczy)* |  |
| **NIP:** |  | **REGON:** |  |
| **Wykonawca jest:***(informacje te wymagane są wyłącznie do celów statystycznych)* | * **mikroprzedsiębiorstwem**
* **małym przedsiębiorstwem**
* **średnim przedsiębiorstwem**
* **innym rodzajem: ……………………….**

*(zaznaczyć właściwe)* |
| **Osoba upoważniona do kontaktu z Zamawiającym:** |  | **Telefon:** |  |
| **Adres** **e-mail:** |  |

Ubiegając się o udzielenie zamówienia publicznego na **świadczenie usług odbioru, transportu i unieszkodliwiania odpadów medycznych** oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia w zakresie objętym SWZ:

1. **KRYTERIUM NR 1:** **Za łączną cenę: ............................................... zł.**

zgodnie z poniższymi wyliczeniami, w których przyjęto cenę jednostkową do rozliczenia podczas realizacji umowy:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Przedmiot zamówienia** | **Łączna przewidywana ilość odpadów medycznych (w kg) na okres 24 m-cy** | **Cena netto (w zł) usługi odbioru, transportu i unieszkodliwiania** **1 kg odpadów** | **Wartość netto (w zł)**(kol. 02 x kol. 03) | **VAT %** | **Wartość brutto (w zł)**(kol. 04 x kol. 05 + kol. 04) |
| **01** | **02** | **03** | **04** | **05** | **06** |
| Wykonanie usługi odbioru, transportu i unieszkodliwiania odpadów o kodach: 18 01 02\*, 18 01 03\*, 18 01 06\*, 15 01 10\*, 18 01 09\* | **89 692** |  |  |  |  |

1. **KRYTERIUM NR 2:** Oświadczam, że odbiór odpadów od Zamawiającego będzie miał miejsce (zaznaczyć właściwe):
* 2 razy w tygodniu (wtorki, piątki w godz. 7.00-9.00)
* 3 razy w tygodniu (poniedziałki, środy, piątki w godz. 7.00-9.00)
1. Miejsce unieszkodliwiania odpadów:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  **Lp.** | **Kod odpadu** | **Miejsce unieszkodliwiania****(należy wskazać adres)***adres zgodny z zezwoleniem, o którym mowa w Rozdz. IX, pkt 2 i Rozdz. X pkt. 3 SWZ* | **Odległość w km od Szpitala im. św. Jadwigi Śląskiej w Trzebnicy, ul. Prusicka 53-55, 55-100 Trzebnica do miejsca unieszkodliwiania odpadów** **(KRYTERIUM NR 3)** |
| 1. | 18 01 02\* |  |  |
| 2. | 18 01 03\* |  |  |
| 3. | 18 01 06\* |  |  |
| 4. | 15 01 10\* |  |  |
| 5. | 18 01 09\* |  |  |

1. **OŚWIADCZENIA**
2. Oświadczam, że zapoznałem się z SWZ i akceptuję wszystkie warunki w niej zawarte.
3. Oświadczam, że uzyskałam wszelkie informacje niezbędne do prawidłowego przygotowania i złożenia oferty.
4. Oświadczam, że posiadam wolne moce przerobowe umożliwiające realizację zamówienia.
5. Oświadczam, że oferta sporządzona została z uwzględnieniem wysokości minimalnego wynagrodzenia za pracę oraz minimalnej stawki godzinowej w 2023 r., określonych rozporządzeniem Rady Ministrów dnia 13 września 2022 r. w sprawie wysokości minimalnego wynagrodzenia za pracę oraz wysokości minimalnej stawki godzinowej w 2023r. (Dz. U. 2022 poz. 1952).
6. Oświadczam, że jestem związany niniejsza ofertą od dnia upływu terminu skłądania ofert do dnia wskazanego w SWZ.
7. Zobowiązujemy się, w przypadku wyboru naszej oferty, do zawarcia umowy zgodnie z niniejszą ofertą, na warunkach określonych we wzorze umowy, w miejscu i terminie wskazanym przez Zamawiającego.
8. Ponadto, w przypadku wyboru naszej oferty zobowiązujemy się, do odbioru opdadów medycznych z magazynu znajdującego się w budynku Szpitala Rehabilitacyjnego i Opieki Długoterminowej w Żmigrodzie, ul. Willowa 4, 2 razy w miesiącu w godz. od 7.00 do 15.00.
9. Oświadczam, że (*zaznaczyć właściwe):*
* zamówienie zrealizuję we własnym zakresie,
* zamierzam powierzyć do realizacji przez podwykonawcę następujące części zamówienia:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Zakres zamówienia powierzonego do wykonania przez Podwykonawcę | Nazwy (firmy) \* |
|  |  |  |
|  |  |  |

*(\*) o ile są mu wiadome na tym etapie.*

1. Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO (1) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu. \*\*

*(1) rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1).*

*(\*\*) W przypadku, gdy Oferent nie przekazuje danych osobowych innych niż bezpośrednio jego dotyczących lub zachodzi wyłączenie stosowania obowiązku informacyjnego, stosownie do art. 13 ust. 4 lub art. 14 ust. 5 RODO, treści oświadczenia wykonawca nie składa (usunięcie treści oświadczenia np. przez jego skreślenie i dopisanie „nie dotyczy”).*

*kwalifikowany podpis elektronicznym lub podpis zaufany lub podpis osobisty*