**Załącznik nr 2**

|  |  |
| --- | --- |
| ………………………………………………………….  pieczęć wykonawcy lub wykonawców  ubiegających się wspólnie o udzielenie zamówienia | ……………………………………..  miejsce i data |

nr tel./ fax

REGON NIP e-mail............................................................

**FORMULARZ OFERTOWY**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.P.** | **WYSZCZEGÓLNIENIE** | **ILOŚĆ** | **CENA JEDNOSTKOWA NETTO** | **NETTO** | **VAT**  **%** | **BRUTTO** |
| **1.** | Ryczałt za odbiór 1 kg odpadów medycznych (kody: 180101 do -02,  -03, -04, -07, -08, -09, -10) | **12.000** |  |  |  |  |
| **2.** | Ryczałt za odbiór 1 kg odpadów chemicznych, kod: 180106 | **3.000** |  |  |  |  |
| **Szacunkowa roczna wartość realizacji usługi (za 15.000 kg)** | |  | |  |  |  |

1. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią wzoru umowy i akceptuję jego postanowienia.
2. Oświadczam, że jestem związany niniejszą ofertą przez okres **30 dni** od dnia upływu terminu składania ofert.

Podpisy osób uprawnionych do składania

Data oświadczeń woli w imieniu wykonawcy