Załącznik nr 2

Znak sprawy: **2233.5.2025.BM**

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  | Ilość szacunkowa | Cena netto za 1 jm. | Cena brutto za 1 jm. | Wartość brutto |
| - | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. | Odbiór (transport) odpadów medycznych | 48 |  |  |  |
| 2. | Cena za 1 kilogram odpadów medycznych | 377 |  |  |  |
|  |  |  |  | razem |  |

a) termin wykonania zamówienia: **12 miesięcy**

c) warunki płatności: **przelew 30 dni**

III. Nazwa i adres Wykonawcy:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………e-mail……………………………………………………………………………………………………………..

NIP………………………………….tel…………………………………………………………………………….

1.Oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia za:

stawka podatku VAT ………………………………%

Cena 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……………… ………………..…………………
 podpis osoby uprawnionej