*Załącznik nr 1*

**FORMULARZ OFERTY**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Zadanie:** | | **Świadczenie usługi odbioru, transportu i unieszkodliwiania odpadów medycznych na rzecz Powiatowego Centrum Zdrowia w Kamiennej Górze Sp. z o.o.** | | |
| **Nr referencyjny nadany sprawie przez Zamawiającego:** | | **TP 15/2023** |

**1. ZAMAWIAJĄCY:**

**Powiatowe Centrum Zdrowia w Kamiennej Górze Sp. z o.o., ul. Bohaterów Getta 10, 58-400 Kamienna Góra, Polska**

**2. WYKONAWCA: Niniejsza oferta zostaje złożona przez:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa i NIP Wykonawcy** | **Adres Wykonawcy** |
|  |  |  |
|  |  |  |

**3. OSOBA UPRAWNIONA DO KONTAKTÓW:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię i nazwisko** |  |
| **Adres e-mail** |  |

**4. Ja niżej podpisany oświadczam, że:**

* 1. zapoznałem się z treścią SWZ dla niniejszego zamówienia;
  2. gwarantuję wykonanie całości niniejszego zamówienia zgodnie z treścią SWZ, wyjaśnień do SWZ oraz jej zmian;
  3. **zobowiązuję się do realizacji niniejszego zamówienia przy zastosowaniu następujących warunków:**

Cena brutto mojej oferty za realizację niniejszego zamówienia wynosi ogółem: ……………………….………. PLN brutto łącznie z należnym podatkiem VAT (słownie zł: ……………………………………………………………………………………………………………), w tym:

- wartość netto: ………………… PLN (słownie: ……………………………………………………………..),

- podatek VAT: ……………... PLN (słownie: …………………………………………………………………).

**Wyżej określona cena wynika z następującej kalkulacji cenowej:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **LP** | **Kod odpadu podlegający świadczeniu usługi** | **Ilość w kg** | **Wartość jednostkowa netto w zł za 1 kg** | **Wartość netto w zł**  [kol 3 x kol 4] |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| **1** | **18 01 02\*** | **272** | **……………** | **………………** |
| **2** | **18 01 03\*** | **45 369** | **……………** | **………………** |
| **3** | **18 01 04** | **50** | **……………** | **………………** |
| **4** | **18 01 06\*** | **40** | **……………** | **………………** |
| **5** | **18 01 09** | **……………** | **………………** |
| **6** | **Wysoce zakaźne odpady medyczne** | **30** | **……………** | **………………** |
| **7** | **Suma (wiersze 1 ÷ 6)** | | | **………………** |
| **8** | **Podatek VAT (……%)** | | | **………………** |
| **9** | **Wartość brutto oferty**  (wartość z wiersza 7 + wartość podatku VAT) | | | **………………** |

* 1. **Oświadczam(-my), że zamierzam(-y) unieszkodliwiać odpady medyczne w instalacji położonej w ………………………………………………………………………** (adres instalacji) **w województwie …………………………………………………, tj. w odległości …………… km od Zamawiającego, która na dzień złożenia oferty posiada wolne moce przerobowe pozwalające w całości unieszkodliwić odpady odebrane od Zamawiającego.**

**Adres instalacji zastępczej (w przypadku awarii lub postoju ww. instalacji): ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

* 1. akceptuję warunki płatności określone przez Zamawiającego w Specyfikacji Warunków Zamówienia;
  2. akceptuję termin wykonania niniejszego zamówienia zgodnie z SWZ – pkt 6 Tomu I SWZ;
  3. Informacje stanowiące **tajemnicę przedsiębiorstwa** w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji niniejsza oferta zawiera na stronach: ………………………… .
  4. niniejsza oferta jest ważna przez **30** dni od dnia upływu terminu składania ofert;
  5. akceptuję treść projektowanych postanowień umowy przedstawionych w Tomie II SWZ;
  6. w przypadku uznania mojej oferty za najkorzystniejszą, umowę zobowiązuję się zawrzeć   
     w miejscu i terminie jakie zostaną wskazane przez Zamawiającego;
  7. oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu;
  8. oświadczam, że zapoznałem się z klauzulą informacyjną z art. 13 rozporządzenia 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), w celu związanym z niniejszym postępowaniem o udzielenie zamówienia publicznego.

1. Oświadczam/-y, że wybór oferty (niepotrzebne skreślić)\*:

- nie będzieprowadził do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług;

- będzie prowadził do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| *Lp.* | *Nazwa (rodzaj) towaru lub usługi, których dostawa lub świadczenie będą prowadziły do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego* | *Wartość towaru lub usługi objętego obowiązkiem podatkowym Zamawiającego,*  *bez kwoty podatku* | *Stawka podatku VAT od towarów i usług, która zgodnie z wiedzą Wykonawcy, będzie miała zastosowanie* |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. Części zamówienia, których wykonanie Wykonawca zamierza powierzyć podwykonawcom wraz z podaniem nazw ewentualnych podwykonawców (jeżeli są już znani):

........................................................................................................................................

........................................................................................................................................

7. Firma Wykonawcy, zgodnie z zestawieniem zawartym w tabeli nr 1 poniżej, jest zaliczana do:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **- mikroprzedsiębiorstwo\*** | |
|  | | |
|  | **- małe przedsiębiorstwo\*** | |
|  | | |
|  | **- średnie przedsiębiorstwo\*** | |
|  | | |
|  | | **- jednoosobowa działalność gospodarcza** |
|  | | |
| **jednoosobowa działalność gospodarcza gospodarcza** | **- osoba fizyczna nieprowadząca działalności gospodarczej** | |
|  | | |
|  | **- inny rodzaj** | |

Tabela nr 1

Kategorie przedsiębiorstw wg załącznika I do Rozporządzenie Komisji (We) Nr 364/2004 z dnia 25 Lutego 2004 r.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **KATEGORIA PRZEDSIĘBIORSTWA** | **LICZBA OSÓB ZATRUDNIONYCH** | **i** | **ROCZNY OBRÓT** | **lub** | **CAŁKOWITY BILANS ROCZNY** |
| MIKRO | <10 | ≤ 2 mln euro | ≤ 2 mln euro |
| MAŁE | < 50 | ≤ 10 mln euro | ≤ 10 mln euro |
| ŚREDNIE | < 250 | ≤ 50 mln euro | ≤ 43 mln euro |

Oferta zawiera następujące załączniki: *(wymienić)*

……………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………

itd.

........................... dnia .............