*ZAŁĄCZNIK NR 2*

*DO ZAPYTANIA OFERTOWEGO*

*TZPiZI-ZO.264/13/U/23*

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

(pieczęć nagłówkowa firmy)

**Odbiór, transport i utylizacja odpadów medycznych w okresie 12 miesięcy od dnia podpisania umowy.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa Przedmiotu  Zamówienia | J.m. | Ilość  szacunkowa | Cena  jednostkowa netto | Wartość  netto | Stawka VAT  w % | Kwota VAT | Wartość  brutto | Producent | Numer strony oferty, na której znajdują się materiały reklamowe, świadectwa PZH, atesty (jeżeli dotyczy) |
| **1.** | **2.** | **3.** | **4.** | **5.** | **6.** | **7.** | **8.** | **9.** | **10.** | **11.** |
| **1.** | 18 01 03 – Odbiór, transport  i utylizacja odpadów medycznych | kg | 6 000 |  |  |  |  |  |  |  |
| **2.** | 18 01 09 – Odbiór, transport i utylizacja leków przeterminowanych | kg | 30 |  |  |  |  |  |  |  |
| **Razem** | | | | |  |  | |  |  | |

**Wartość brutto ………………………….…….. zł. słownie złotych: …………………………………………………………….**

**Wartość VAT………………………………….. zł. słownie złotych: …………………………….……………………………….**

**Wartość netto ………………………….….….. zł. słownie złotych**: **………………………………………………………………**

Wartość netto, wartość podatku VAT i wartość brutto wynikająca z podliczenia kolumn 6, 8 i 9 należy wpisać do formularza oferty stanowiącego załącznik nr 1 do zapytania ofertowego.

……………………………………………………………………

Podpis osoby/osób uprawnionej/uprawnionych   
do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy