Załącznik nr 2 do SIWZ

Pełna nazwa Wykonawcy:

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

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

Adres siedziby Wykonawcy:

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

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

NIP: ....................................................

REGON: ....................................................

Nr telefonu: ....................................................

Nr faksu: ....................................................

Adres email…………………………………

Adres strony internetowej (jeżeli dotyczy) …………………………

Dane teleadresowe osoby upoważnionej

do kontaktowania się z Zamawiającym:

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

Osoba upoważniona do podpisania umowy

(imię, nazwisko, funkcja):

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

Wykonawca jest mikroprzedsiębiorstwem bądź

 małym lub średnim przedsiębiorstwem ………. TAK/NIE\*

## O F E R T A W Y K O N A W C Y

**1.** Oferujemy odbiór i transport odpadów komunalnych pochodzących z codziennej działalności w 109 Szpitalu Wojskowym z Przychodnią w Szczecinie, przy ul. Piotra Skargi 9-11, 70-965 Szczecin oraz z codziennej działalności Rejonowej Bazy Zaopatrzenie Medycznego przy ul. Narutowicza 18 w Szczecinie na warunkach i zasadach określonych w SIWZ, za cenę jednostkową:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Kod odpadu | Cena netto za 1m3 | Stawka VAT | Cena brutto za 1 m3 |
| 20 03 01 |  |  |  |
| 15 01 01  |  |  |  |
| 14 01 02 |  |  |  |
| 15 01 07 |  |  |  |
| 17 01 01 |  |  |  |
| 17 04 05 |  |  |  |
| 17 09 04 |  |  |  |
| 16 02 13\* i 16 06 04 |  |  |  |

1. Cena jednostkowa jest ceną uwzględniającą wszystkie składniki wynikające z obowiązujących w momencie składania oferty przepisów prawa w tym z kosztami odbioru i transportu, składowiskiem, podstawieniem i dzierżawą pojemników, naprawami pojemników, które uległy uszkodzeniu, gospodarczego korzystania ze środowiska, podatek od towarów i usług oraz podatek akcyzowy, jeżeli na podstawie odrębnych przepisów sprzedaż towaru (usługi) podlega obciążeniu podatkiem od towarów i usług lub podatkiem akcyzowym

**2.** Dla potrzeb oceny i porównania ofert przyjęta zostanie cena brutto miesięcznego wywozu odpadów obliczona jako suma iloczynów ceny brutto opróżnienia i wywozu pojemnika / kontenera/ i przewidywanej ilości opróżnień w miesiącu.

Ceny opróżnienia i wywozu jednego pojemnika (kontenera) obliczona jako iloczyn ceny jednostkowej za odbiór 1m3 odpadów i pojemności pojemnika:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Rodzaj pojemnika****( kontenera)** | **Cena netto za 1m3** | **Pojemność pojemnika** | **Cena netto opróżnienia****i wywozu pojemnika\*** | **Cena brutto opróżnienia****i wywozu pojemnika** | **Przewidywana** **ilość opróżnień****w miesiącu** | **Wartość brutto miesięczna****opróżnienia pojemnika** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5 = 3 x 4** | **6** | **7** | **8 = 6 x 7** |
| 1 | Pojemnik na odpady o kodzie 15 01 01 |  |  |  |  | 2 |  |
| 2 | Pojemnik na odpady o kodzie 15 01 02 |  |  |  |  | 2 |  |
| 3 | Pojemnik na odpady o kodzie 15 01 07 |  |  |  |  | 1 |  |
| 4 | Pojemnik na odpady o kodzie 20 03 01 |  |  |  |  | 18 |  |
| 5 | Kontener 10 m3 z prasą\* |  |  |  |  | 2 |  |
| **RAZEM CENA BRUTTO MIESIĘCZNA WYWOZU ODPADÓW** |  |

**\* W przypadku kontenera z prasą o pojemności 10 m³ - za pojemność pojemnika należy przyjmować 30 m³ odpadów niezagęszczonych.**

3. Wykonawca powierza Podwykonawcy następującą część realizacji przedmiotu umowy\*:

a) (wymienić zakres) .......................................

4. Wykonawca oświadcza, że pozostałe części zamówienia wykona siłami własnymi.

5. Wykonawca oświadcza, iż zaakceptował termin płatności faktury wynikający z zapisów wzoru umowy, który jest nie krótszy niż 60 dni.

6. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się ze Specyfikacją Istotnych Warunków Zamówienia i nie wnosimy do niej zastrzeżeń oraz zdobyliśmy konieczne informacje do przygotowania oferty.

7. Oświadczamy, że uważamy się za związanych niniejszą ofertą na czas wskazany w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia.

8. Oświadczamy, że zawarty w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia wzór umowy został przez nas zaakceptowany i zobowiązujemy się w przypadku wyboru naszej oferty do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.

9. Oświadczamy, że dysponujemy środkami transportu umożliwiającymi odbieranie i transport odpadów o wskazanych kodach, które utrzymują stan techniczny i sanitarny, a ich ładowność pozwoli na odbiór i transport zgromadzonych odpadów.

10. Oświadczamy, że dysponujemy

1. jednym lub więcej pojazdami spełniającymi normę emisji spalin min. EURO 5 - TAK/NIE\*
2. jednym lub więcej pojazdami spełniającymi normę emisji spalin min. EURO 6 - TAK/NIE\*

11. Wykonawca oświadcza, że termin odbioru kontenera z prasą będzie wynosił:

1. odbiór kontenera na dzień następny po zgłoszeniu w godz. 700 – 1200\*
2. odbiór kontenera na dzień następny po zgłoszenia w godz. 700 – 1500\*

12. Wykonawca oświadcza, że przy realizacji przedmiotu umowy zobowiązuje się do przestrzegania obowiązujących u Zamawiającego ,,Zasad środowiskowych i BHP dla Wykonawców” – dostępnych na stronie Zamawiającego [www.109szpital.pl](http://www.109szpital.pl)

13. Nr faxu lub email na który będą przesyłane zgłoszenia …………………………………..

14. Wykonawca ustanawia swojego przedstawiciela odpowiedzialnego za realizację zobowiązań wynikających z niniejszej umowy w osobie ................................................................. tel./fax ...............................

15. Wykonawca oświadcza, że wybór jego oferty nie będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego\*/ wybór jego oferty będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego, poniżej wskazuje nazwę (rodzaj) towaru, których dostawa będzie prowadzić do jego powstania, oraz wskazuję ich wartość bez kwoty podatku ……….\*

16. Integralną część niniejszej oferty stanowią:

1. Dokumenty wymagane treścią części XIV SIWZ.
2. Wypełnione i podpisane załączniki: 2,3,4,5 do niniejszej SIWZ.

.................................. , dnia ...................... ..............................................................

 *(podpis osoby upoważnionej do reprezentacji)*

\*Niepotrzebne skreślić

*Administratorem Pani/Pana danych osobowych ujawnionych w przedmiotowym postępowaniu jest****109 Szpital Wojskowy z Przychodnią SP ZOZ przy ul. Piotra Skargi 9-11, 70-965 Szczecin.*** *Inspektor Ochrony Danych dostępny jest pod telefonem nr 261 455 573 lub adresem email:* *iodo@109szpital.pl**. Podane dane, w zakresie wynikającym z właściwych przepisów Ustawy Prawo zamówień publicznych oraz wydanych na jej podstawie aktów wykonawczych, przetwarzane będą na podstawie art.6 ust.1 lit. c Ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z 27 kwietnia 2016r. (RODO) w celu przeprowadzenia przedmiotowego postępowania o udzielenie zamówienia publicznego. W pozostałym zakresie na podstawie Pani/Pana zgody (art. 6 ust. 1 lit. a RODO), wynikającej z faktu złożenia przedmiotowej oferty. Administrator przekazuje dane osobowe odbiorcom w ramach świadczenia usług na administrowanie i serwisowanie systemami informatycznymi, obsługę poczty oraz wszystkim zainteresowanym odbiorcom na podstawie art. 8, art. 92 i art.96 ust. 3 wymienionej Ustawy. Dane przechowywane będą przez 5 lat, licząc od 1 stycznia roku następnego od realizacji celu. Przysługuje Pani/Panu prawo: dostępu do swoich danych, w tym otrzymania kopii, ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania oraz wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych oraz do cofnięcia zgody na ich przetwarzanie w dowolnym momencie. Dane nie będą podlegać zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu. Podanie danych, w zakresie wynikającym z wymienionych przepisów prawa, jest niezbędne do realizacji celu. W pozostałym zakresie podanie danych jest dobrowolne.*