**Załącznik nr 1 do zapytania ofertowego**

 **FORMULARZ OFERTOWY**

 **NA ODBIÓR I TRANSPORT ODPADÓW KOMUNALNYCH**

**Dane dotyczące Zamawiającego**

Samodzielny Publiczny

Zakład Opieki Zdrowotnej

ul. M.C. Skłodowskiej 15, 16 – 200 Dąbrowa Białostocka

**Dane dotyczące Wykonawcy**

Nazwa......................................................................................................................

Siedziba....................................................................................................................

Nr telefonu/faks.......................................................................................................

**OGÓŁEM wartość oferty brutto**..............................................................**zł**

 (słownie: .................................................................................................................)

1. Zapewniamy wykonanie zamówienia objętego przedmiotowym Zapytaniem ofertowym zgodnie z wymogami Zamawiającego.

2. Oświadczamy, że w przypadku wyboru naszej oferty zawrzemy z Zamawiającym umowę,

 której wzór stanowi załącznik nr 3 do Zapytania Ofertowego w miejscu i terminie

 wyznaczonym przez Zamawiającego.

1. Zapewniamy realizację zamówienia zgodnie z wymaganiami zawartymi w Zapytaniu ofertowym i oświadczamy, że wykonamy zamówienie samodzielnie/przy współudziale\* podwykonawców.

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

wskazać (jeśli dotyczy) zakres wykonania zamówienia przez podwykonawcę

\*niepotrzebne skreślić

  **4. Zobowiązuję(my) się, że odbiór odpadów zawsze będzie się odbywał w obecności**

 **pracownika SPZOZ i przebiegał wg poniższego harmonogramu.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **l.p.** | **Miejsce z którego należy odebrać odpady** | **Częstotliwość odbiorów** |
| 1. | **Szpital SPZOZ**ul. Skłodowskiej 15, Dabrowa Białostocka | Wywóz w ciągu 24 godz. od telefonicznego zgłoszenia przez pracownika SPZOZ w godz. 7.00-15.00  |
| 2. | Przychodnia Rejonowa w Suchowoliul. Goniądzka 21 | Wywóz w ciągu 24 godz. od telefonicznego zgłoszenia przez pracownika SPZOZw godz. 7.00-15.00  |
| 3. | Gminny Ośrodek Zdrowia w Nowym Dworzeul. Kościelna 1 | Wywóz w ciągu 24 godz. od telefonicznego zgłoszenia przez pracownika SPZOZ w godz. 7.00-15.00  |

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

 podpis Wykonawcy