SZPITAL POWIATOWY W RYKACH  
SPÓŁKA Z O.O.

ul. Żytnia 23, 08-500 Ryki  
NIP: 5060118185 REGON: 382358228  
tel. 533 327 028

*Załącznik nr 1* ZP/SZP/13/2023

**Specyfikacja cenowa**

do postępowania prowadzonego pod nazwą; „Świadczenie usług w zakresie odbioru, transportu i unieszkodliwiania odpadów medycznych dla Szpitala Powiatowego w Rykach Sp. z o.o.”,

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Kod odpadu** | **Ilość w kg** | **Cena jednostkowa**  **Netto** | **Wartość**  **Netto** | **Stawka VAT** | **Wartość**  **Brutto** |
| 1 | 18 01 02 | 300 |  |  |  |  |
| 2 | 18 01 03 | 21000 |  |  |  |  |
| 3 | 18 01 09 | 10 |  |  |  |  |
| **RAZEM** | | | |  |  |  |

**Adres spalarni:**

**Odległość od spalarni wynosi:**

1. **Oświadczam/y**, że w ww. podanej cenie uwzględniliśmy wszelkie koszty niezbędne do  pełnej   
   i terminowej realizacji zamówienia, zgodnie z wymaganiami Zamawiającego opisanymi w  Specyfikacji Warunków Zamówienia i projektowanych postanowieniach umowy.
2. **Oświadczam/my**, że odległość spalarni odpadów medycznych od siedziby Zamawiającego tj. Szpitala Powiatowego w Rykach, ul. Żytnia 23 , 08-500 Ryki wynosi …………….\* km Nazwa miejscowości………….(\*obliczona na podstawie Google Maps).
3. **Oświadczam/y**, że uważamy się za związanych niniejszą ofertą od dnia upływu terminu składania ofert do dnia ………………………..
4. **Oświadczam/y**, że w razie wybrania naszej oferty jako najkorzystniejszej zobowiązujemy się do  podpisania umowy na warunkach określonych w projektowanych postanowieniach umowy.
5. **Oświadczam/y**, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO[[1]](#footnote-1) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.
6. **Oświadczam/y**, że zamierzamy powierzyć realizację następujących części zamówienia podwykonawcom

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Lp.*** | ***Część zamówienia powierzona do realizacji podwykonawcy*** | ***Nazwa/firma podwykonawcy*** |
|  |  |  |

6. **Oświadczam/y**, że wybór oferty prowadzi/nie prowadzi do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego:

* 1. Nazwa towaru lub usługi, których dostawa lub świadczenie będzie prowadzić do powstania obowiązku podatkowego:

……………..………………………………………………………………………………………

* 1. Wartość towaru lub usługi bez kwoty podatku VAT:

……………..………………………………………………………………………………………

7. **Czy Wykonawca** jest mikro przedsiębiorstwem bądź małym lub średnim przedsiębiorstwem?

* 1. 🞎 Tak:

🞎 mikro przedsiębiorstwem

🞎 małym przedsiębiorstwem

🞎 średnim przedsiębiorstwem

* 1. 🞎 Nie

(właściwe zaznaczyć)

Załącznikami do niniejszego formularza, stanowiącymi integralną część oferty, są:

1) ……………………………………………………………………………………….

2) ……………………………………………………………………………………….

……………………. Dnia …………….. 2021 r.

1. Rozporządzenie 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, str. 1). [↑](#footnote-ref-1)