

FORMULARZ CENOWY**Nazwa i adres
firmy:**_____

W odpowiedzi na zapytanie ofertowe Nr sprawy ZPU 27/2018 na **odbiór i transport odpadów medycznych o kodzie 180103* , 180106* i 180109* celem ich unieszkodliwienia** składamy ofertę na wykonanie przedmiotu zamówienia zgodnie z zapytaniem.

L.p.	Nazwa	Ilość w kg okres 2 lat (2016-2018)	Cena jednostkowa netto za 1kg	Wartość netto	VAT %	Wartość brutto
1	Odbiór i transport odpadów medycznych o kodzie 180103* , 180106* i 180109* celem ich unieszkodliwienia	21 006				

Wartość zamówienia nettozł. /słownie złotych:

...../

Wartość zamówienia brutto: zł. /słownie złotych:

...../

1. Oświadczamy, że w cenie oferty wliczone są wszelkie koszty związane z wykonaniem przedmiotu zamówienia.
1. Okres związania z ofertą wynosi 30 dni.
2. **Termin płatności** – 30 dni od dnia wystawienia faktury VAT. Okres rozliczeniowy przedmiotu zamówienia wynosi - 1 miesiąc.

.....
Data i podpis oferenta