**Załącznik nr 2**

 **Formularz ofertowy na usługę unieszkodliwiania odpadów medycznych (sprawa nr SE-407/29/22)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | **Wymagania zamawiającego** |  **Oferta wykonawcy**  |
| Nazwa usługi | Okres usługi w m-c | Ilość odpadów za 1 m-c w kg | Nazwa usługi | Okres usługi w m-c | Ilość odpadów za 1 m-c w kg | Ilość odpadów za 12 m-c w kg | Cena netto za 1 kg/odpadów  |   Wartość netto PLN Kol. 8 x 9  | VAT | Wartość brutto PLN |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |  6 | 7 | 8 | 9 |  10 | 11 | 12 |
| 1. | Usługa odbioru i unieszkodliwiania odpadów medycznych |  12 |  200 |  |  12 |  200 |  2 400 |   |   | 8 % |   |
|  **Razem** |  |  |  |

 ………………………………

 (Data, pieczątka i podpis)