Suwałki, 19.07.2022 r.

Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Paliatywnej

im. Jana Pawła II w Suwałkach

ul. Szpitalna 54

16-400 Suwałki

**ZAPYTANIE OFERTOWE**

**Dotyczy usługi odbioru i utylizacji odpadów medycznych**

**na potrzeby SP ZOP**

(niniejsze zapytanie ma formę rozeznania rynku i nie stanowi zapytania ofertowego w rozumieniu przepisów ustawy Prawo zamówień publicznych)

Zwracamy się z prośbą o przedstawienie swojej oferty na poniżej opisany przedmiot zamówienia :

1. Odbiór, transport i utylizację odpadów medycznych o kodzie 18 01;
2. Odbiór, transport i utylizację leków o kodzie 20 01 32;
3. Sporządzenie miesięcznych i rocznych zestawień o wytworzonych odpadach oraz wystawienie dokumentu potwierdzającego unieszkodliwienie odpadów medycznych w ramach BDO.

Termin realizacji zamówienia – 3 lata od dnia zawarcia umowy.

Kryterium oceny ofert – cena 100 %.

Inne istotne warunki zamówienia przyszłej umowy:

Prosimy o podanie ceny brutto za 1 kg odpadów medycznych oraz inne elementy przyszłej umowy, które będą miały wpływ na cenę ostateczną.

Uwaga:

Odbiór odpadów z adresów:

1. Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Paliatywnej im. Jana Pawła II

w Suwałkach, ul. Szpitalna 54, 16-400 Suwałki

1. Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Paliatywnej im. Jana Pawła II

w Suwałkach

Oddział w Augustowie

ul. Rosiczkowa 2, 16-300 Augustów

Do oferty należy dołączyć:

1. Kopię, poświadczoną za zgodność z oryginałem, wpisu do KRS;
2. Kopię, poświadczoną za zgodność z oryginałem, pozwolenia na wytwarzanie, odbiór, transport i utylizację odpadów medycznych.

Na odpowiedź oczekujemy do dnia 29.07.2022 r. do godziny 15.00

Ofertę prosimy przesłać pocztą na adres:

Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Paliatywnej im. Jana Pawła II w Suwałkach, ul. Szpitalna 54, 16-400 Suwałki, faksem na numer (87) 5676910

lub pocztą elektroniczną na adres: [sekretariat@paliatywna-suwalki.home.pl](mailto:spzop@list.pl)

**FORMULARZ OFERTOWY**

Nazwa oferenta …...............................................................................................

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

Adres ….............................................................................................................. Nr telefonu..............................................

Nr NIP.....................................................

Nr Regon.................................................

**Oferuje:**

|  |  |
| --- | --- |
| Przedmiot zamówienia | Cena netto/ brutto |
| 1. Odbiór, transport i utylizację odpadów medycznych o kodzie 18 01; |  |
| 1. Odbiór, transport i utylizację leków o kodzie 20 01 32; |  |
| 1. Sporządzenie miesięcznych i rocznych zestawień o wytworzonych odpadach oraz wystawienie dokumentu potwierdzającego unieszkodliwienie odpadów medycznych w ramach BDO. |  |

Uwagi: Termin realizacji zamówienia wg zapytania ofertowego

………………………….dnia.............................. Podpis oferenta ................................