Załącznik nr 3 do zapytania ofertowego

**FORMULARZ OFERTOWY**

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

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

Adres …........................................................................................................................................

Nr telefonu.............................................. e-mail ………………………………………………..

Nr NIP..................................................... Nr Regon.................................................

KRS …………………………………

**Oferuje:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Przedmiot zamówienia | Cena jednostkowanetto | Stawka VAT [%] | Cena jednostkowa brutto |
| 1. Miesięczna opłata abonamentowa |  |  |  |
| 1. Opłata za usługę transportu odpadów (każdorazowy podjazd) |  |  |  |
| 1. Opłata za unieszkodliwienie 1 kg odpadów medycznych o kodzie 18 01 |  |  |  |
| 1. Opłata za unieszkodliwienie 1 kg odpadów medycznych o kodzie 20 01 32 |  |  |  |

Uwagi: Termin realizacji zamówienia wg zapytania ofertowego

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