Miejskie Centrum Opieki dla Osób Starszych,
Przewlekle Niepełnosprawnych
oraz Niesamodzielnych w Krakowie
ul. Wielicka 267, 30-663 Kraków
samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej
tel 12 44-67-500 fax 12 44-67-501
www.mco.krakow.pl mco@mco.krakow.pl
Sąd Rejonowy dla Krakowa – Śródmieścia w Krakowie
KRS 0000057996, NIP 679-20-26-141

Załącznik nr 1 do SIWZ

.....
/Pieczątka adresowa firmy/

FORMULARZ OFERTOWY

ZAMAWIAJĄCY:

Miejskie Centrum Opieki dla Osób Starszych,
Przewlekle Niepełnosprawnych oraz
Niesamodzielnych w Krakowie
ul. Wielicka 267, 30 – 663 Kraków

Odpowiadając na ogłoszenie w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego na świadczenie kompleksowych usług w zakresie odbioru, transportu i unieszkodliwiania odpadów medycznych (nr 3) - *oferujemy realizację przedmiotu zamówienia* **za cenę:**

brutto: ..... zł (za kilogram).

słownie: .....

Jako czas odbioru w sytuacjach awaryjnych wskazujemy termin do *12 / 24 / 36 / 48 / godzin*.

(należy przekreślić wskazane terminy dostawy tak, aby nie skreślony pozostał termin jaki Wykonawca wskazuje)

Jako termin płatności przyjmujemy termin do *30 / 60 / dni*.

(należy przekreślić wskazane terminy płatności tak, aby nie skreślony pozostał termin jaki Wykonawca przyjmuje)

Ponadto:

1. Oświadczamy, że uważamy się **za związanych** niniejszą ofertą na czas wskazany w SIWZ.
2. W przypadku przyznania nam zamówienia, **zobowiązujemy się** do zawarcia umowy **w miejscu i terminie** wskazanym przez Zamawiającego.
3. Oświadczamy, że **należymy / nie należymy** do grupy małych lub średnich przedsiębiorców.
4. Oferta została złożona na .....**stronach** podpisanych i kolejno ponumerowanych od nr .....do nr .....
5. Niniejszym informujemy, iż informacje składające się na ofertę, zawarte na stronach od …… do …… stanowią **tajemnicę przedsiębiorstwa** w rozumieniu przepisów ustawy o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji i jako takie nie mogą być ogólnie udostępnione.
6. Informujemy także, iż osobą uprawnioną do kontaktów z Zamawiającym jest Pani/Pan……..…….., tel. ……, fax. ……..., e-mail …….

Miejskie Centrum Opieki dla Osób Starszych,
Przewlekle Niepełnosprawnych
oraz Niesamodzielnych w Krakowie
ul. Wielicka 267, 30-663 Kraków
samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej
tel 12 44-67-500 fax 12 44-67-501
www.mco.krakow.pl mco@mco.krakow.pl
Sąd Rejonowy dla Krakowa – Śródmieścia w Krakowie
KRS 0000057996, NIP 679-20-26-141

7. Informujemy, iż osobą do kontaktów w przedmiocie umowy w zakresie przetwarzania danych osobowych jest Pani/Pan ……., tel. ……..
8. Posiadamy następujący numer konta bankowego: ……..., numer NIP: …….oraz numer REGON ……..
9. Jako swoje miejsce zamieszkania wskazujemy ……..

……

(*wypełniają tylko Wykonawcy, którzy prowadzą działalność gospodarczą, jako osoby fizyczne*)

10. Integralną część oferty stanowią następujące dokumenty:
    1/……
    2/……
    3/……
    4/……
    5/……
    6/……
    7/……
    8/……

…… ……

/ Miejscowość i data/ */podpis osoby (osób) uprawnionej(ych) do reprezentowania Wykonawcy/*

W punkcie 3 należy przekreślić niewłaściwą odpowiedź.