Załącznik nr 1 do zapytania ofertowego

**FORMULARZ OFERTOWY**

DPS.A.271.43 .2020

**Zamawiający.**

Dom Pomocy Społecznej w Jedlance

Jedlanka 10

26 – 660 Jedlińsk

NIP: 796-11-27-685 REGON: 000294728

Tel/fax 48/ 321-30-26

e-mail:kontakt@jedlankadps.pl

**Wykonawca:**

**……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….**

Tel.  **………………………………….**  Fax…………………………………………

Regon………………………………………………….. NIP **: ………………………………………**

W odpowiedzi na zapytanie ofertowe na: odbioru, transportu i utylizacji odpadów medycznych (kod 18 01 03) z **Dom Pomocy Społecznej w Jedlance.**

1, Oferuję/my wykonanie przedmiotu zamówienia za cenę:

**- miesięczny abonament w cenie …………zł netto+ 8% VAT dla jednej lokalizacji i jednego**

 **podjazdu**

**- kolejny podjazd w miesiącu w cenie ……………….zł netto + 8% VAT**

**- …………….zł netto +8% VAT za utylizację 1 kg odpadów medycznych**

…………………………………………………………………