*Załącznik nr1*

…………………………………..

*pieczątka firmowa Wykonawcy*

**Stołeczne Centrum**

**Opiekuńczo -Lecznicze Spółka z o.o.**

**ul. Mehoffera 72/74**

**03-131 Warszawa**

**FORMULARZ OFERTOWO- CENOWY**

**Przedmiot postępowania:**

Wywóz i utylizacja odpadów z kuchni zbiorowego żywienia na potrzeby ZOL przy ul. Mehoffera 72/74, ZOL przy ul. Olchy 8 i ZOL przy ul. Szubińskiej 4, należących do SCOL Sp. z o.o.

**Dane Wykonawcy**

Pełna nazwa ……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

Dokładny adres:

miejscowość………………………………………………………………………………..……………

ul……………………………………………………… tel. …………………………..

e-mail………………………………………………………………

Numer wpis do rejestru sądowego/ ewidencji działalności gosp. ……………………………

NIP…………………………………………

Regon…………………………………….

**OSOBA UPRAWNIONA DO KONTAKTÓW Z ZAMAWIAJĄCYM:**

Imię i nazwisko: ……………………………………………………………………………………………………...………

Adres: ………………………………………………………………………………………….……………..………….………

nr telefonu: ……………………………………………………………………………………………………………..……

nr faksu: ………………………………………………………………………………………….……………….…….………

E-Mail: ………………………………………………………………………………………….…………………………….…

**OSOBA UPRAWNIONA DO REPREZENTOWANIA FIRMY ( ujawnione w rejestrze lub ewidencji bądź pełnomocnictwo)**

Imię i nazwisko: ……………………………………………………………………………………………………...………

pełniona funkcja ……………………………………………………………………………….……………..………….………

**Wykonawca przy wykonywaniu zamówienia w zakresie transportu będzie\*/nie będzie\* korzystać
z podwykonawcy**

………………………………………………………………………………………………………………………………………

(pełna nazwa i adres podwykonawcy )

\*- niepotrzebne skreślić

1. Oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia za kwotę:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Lokalizacja | Zamawiana ilość na 24 miesiące | Częstotliwość wywozu | Cena jednostkowa | Wartość zamówienia  |
| Netto  | % VAT | Brutto  | Netto | % VAT | Brutto |
| *1* | *2* | *3* | *4* | *5* | *6* | *7* | *8* | *9* | *10* |
| 1 | ZOL przy ul. Mehoffera 72/74 w Warszawie | 576 pojemników | 6 pojemników 240 l / 1 x w tygodniu |  |  |  |  |  |  |
| 2 | ZOL przy ul. Olchy 8 w Warszawie | 96 pojemniki | 1 pojemnik120 l/ 1 x w tygodniu |  |  |  |  |  |  |
| 3 | ZOL przy ul. Szubińskiej 4 w Warszawie | 96 pojemniki | 1 pojemnik120 l/ 1 x w tygodniu |  |  |  |  |  |  |

Łącznie cena za okres 24 miesięcy:

* cena netto: ………………....…..zł.,

 słownie:............................................................................................................................,

* podatek VAT: ……………………...zł.,

 słownie:...........................................................................................................................,

* cena brutto: ……………………...zł.

 słownie:...........................................................................................................................,

w oparciu o jednostkowe ceny netto oraz podatek VAT, naliczony zgodnie
z obowiązującymi przepisami. Zapłata dokonana będzie w sposób określony w Umowie.

1. Przedmiot zamówienia wykonamy przez okres 24 miesięcy.
2. Oświadczamy, iż uważamy się za związanych niniejszą ofertą przed okres 30 dni licząc
od daty wyznaczonej na składanie ofert.
3. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z postanowieniami zawartymi w projekcie umowy
i zobowiązujemy się, w przypadku wyboru naszej oferty jako najkorzystniejszej, do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.

................................., dnia ................................

 .........................................................

*pieczątka/i imienna/e
i podpis/y upoważnionego/ych*

*przedstawiciela/i wykonawcy*

**OŚWIADCZENIA WYKONAWCY:**

1. Oświadczam, że zapoznałem (-am) się z warunkami przedmiotu zamówienia i warunki te przyjmuję bez zastrzeżeń.
2. Przedmiot zamówienia spełnia polskie normy jednocześnie gwarantujemy wysoką jakość dostarczonego przedmiotu umowy.
3. Adresy placówek do których będzie realizowana usługa oraz częstotliwość odpadów:

 - Zakład Opiekuńczo – Leczniczy im. Sue Ryder przy ul. Mehoffera 72/74, 03- 131 Warszawa:

 6 pojemników 240l- 1 x w tygodniu

 - Zakład Opiekuńczo-Leczniczy przy ul. Olchy 8, 04- 837 Warszawa

 1 pojemnik 120l- 1 x w tygodniu

 - Zakład Opiekuńczo- Leczniczy przy ul. Szubińskiej 4, 01 – 958 Warszawa

 1 pojemnik 120l- 1 x w tygodniu

1. Okres płatności wynosi 30 dni od daty dostarczenia faktury do Zamawiającego.
2. Zobowiązuję się do dostarczenia aktualnego odpisu z właściwego rejestru albo aktualne zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej, wystawione nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert.

................................., dnia ................................

 ................................................

 *pieczątka/i imienna/e i*

*podpis/y upoważnionego/ych*

*przedstawiciela/i wykonawcy*