|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Nazwa albo imię i nazwisko Wykonawcy składającego ofertę*** |  | *(pieczęć Wykonawcy)* |
| ***KRS / REGON\**** |  |
| ***PESEL / NIP\**** |  |
| ***Siedziba albo miejsce zamieszkania i adres***  ***Wykonawcy składającego ofertę*** |  |
| ***Telefon kontaktowy*** |  |

**Miasto Łowicz**

**Pl. Stary Rynek 1**

**99-400 Łowicz**

**OFERTA**

**w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego**

*prowadzonym zgodnie z art. 2 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 11 września 2019 r. Prawo zamówień publicznych   
(Dz. U. z 2023 r. poz. 1605 z późn. zm.) z uwagi na to, iż wartość zamówienia nie przekracza kwoty 130 000 złotych, co skutkuje brakiem zastosowania przepisów w/w ustawy   
oraz zgodnie z art. 7 ust. 9 w związku z art. 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach   
w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (Dz. U. z 2023 r. poz. 1497 z późn. zm.)*

**NAZWA ZAMÓWIENIA**

***„Odbiór, transport i unieszkodliwianie przeterminowanych leków z pojemników   
w aptekach z terenu Miasta Łowicza”***

1. **Oferowana jedna cena jednostkowa netto, stawka podatku VAT, cena jednostkowa brutto oraz cena ogółem brutto za wykonanie przedmiotu zamówienia:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Ilość przeterminowanych leków przewidziana do odbioru w terminie wykonania zamówienia**  **[kg]** | **Oferowana cena jednostkowa netto za 1 kg przeterminowanych leków**  **[zł]** | **Stawka VAT**  **[%]** | **Oferowana cena jednostkowa brutto za 1 kg przeterminowanych leków**  **[zł]**  **[kol. 2 + kol. 3]** | **Cena ogółem brutto**  **[zł]**  **[kol. 1 x kol. 4]** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| **3 300** |  |  |  |  |

1. **Zobowiązanie do zawarcia umowy w sprawie zamówienia publicznego:**

*Zobowiązuję/emy\* się do zawarcia umowy w sprawie zamówienia publicznego w przypadku wybrania Mojej/Naszej\* oferty w niniejszym postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego.*

1. **Zgłoszenie potrzeby odbioru przeterminowanych leków:**

*Zgłoszenia potrzeby odbioru przeterminowanych leków należy zgłaszać pod następującym numerem telefonu: ………………*……………..*, bądź elektronicznie na następujący adresem e-mail: …………………………………………. .*

1. **Dane kontaktowe do osoby upoważnionej do kontaktu z Zamawiającym:**
2. *Imię i nazwisko osoby: ……………………………………………………………………………………*
3. *Nr tel.: ………………………………………………………………………………………………………*
4. *Adres e-mail:……………………………………………………………………………………………….*

*Załączniki:*

1. *Oświadczenie dotyczące spełniania warunków udziału i braku podstaw wykluczenia   
   z postępowania określonych w dz. II i III zapytania ofertowego – wg Załącznika nr 2 do zapytania ofertowego.*
2. *Stosowne uprawnienia przewidziane przepisami prawa, w szczególności:*
3. *dokument potwierdzający posiadanie aktualnego wpisu do rejestru podmiotów wprowadzających produkty, produkty w opakowaniach oraz gospodarujących odpadami – rejestru BDO, o którym mowa w art. 49 ustawy z dnia 14 grudnia 2012 r. o odpadach (t.j. Dz. U. z 2023 r. poz. 1587 z późn. zm.), prowadzonego przez właściwego marszałka województwa, w zakresie transportu odpadów objętych zamówieniem, tj. odpadów o kodzie co najmniej   
   20 01 32.*
4. *Stosowna umowa, aktualna na dzień składania oferty, zawartą z podmiotem świadczącym usługi utylizacji przeterminowanych leków (tj. odpadów o kodzie co najmniej 20 01 32), jeżeli Wykonawca zleca usługę utylizacji tych odpadów innemu podmiotowi. W przypadku wygaśnięcia ww. umowy w trakcie trwania umowy na usługi będące przedmiotem niniejszego zapytania ofertowego, zawartej z Zamawiającym, Wykonawca niezwłocznie przedstawi umowę, potwierdzającą zapewnienie usługi utylizacji przeterminowanych leków w okresie terminu wykonania przedmiotu niniejszego zamówienia.*
5. *……………………………………………………………………………………………………………………...*
6. *……………………………………………………………………………………………………………………...*
7. *……………………………………………………………………………………………………………………...*

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

*(Podpis/y\* osoby/osób\* upoważnionych do podpisania oferty w imieniu Wykonawcy)*

\* niepotrzebne skreślić