

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

prowadzonego zgodnie z art. 2 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 11 września 2019 r. Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 1710) 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 2022 r. poz. 835 z późn. zm.)

#### NAZWA ZAMÓWIENIA

**„Odbiór, transport i unieszkodliwianie przeterminowanych leków z aptek z terenu Miasta Łowicza”**

- I. Oferowana jedna cena jednostkowa netto, stawka podatku VAT, cena jednostkowa brutto oraz cena ogółem brutto za wykonanie przedmiotu zapytania ofertowego, podane cyfrowo i słownie:**

*Oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia publicznego za cenę:*

Ilość przeterminowanych leków przewidziana do odbioru w terminie wykonania zamówienia [kg]	Oferowana cena jednostkowa <u>netto</u> za 1 kg przeterminowanych leków [zł]	Stawka VAT [%]	Oferowana cena jednostkowa <u>brutto</u> za 1 kg przeterminowanych leków [zł] [kol. 2 + kol. 3]	Cena ogółem brutto [zł] [kol. 1 x kol. 4]
1	2	3	4	5
<b>2 050</b>				

## II. 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.

## III. Zgłoszenie potrzeby odbioru przeterminowanych leków

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

## IV. Dane kontaktowe do osoby upoważnionej do kontaktu z Zamawiającym:

- 1) Imię i nazwisko osoby: .....
- 2) Nr tel.: .....
- 3) Adres e-mail: .....

### Załączniki:

1. Oświadczenie dotyczące spełniania warunków udziału w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego określonych w dz. II w stosownego zapytania ofertowego – wg Załącznika Nr 2 do stosownego zapytania ofertowego.
2. Oświadczenie o braku podstaw wykluczenia, o których mowa w dz. III niniejszego zapytania ofertowego – wg Załącznika Nr 3 do niniejszego zapytania ofertowego.
3. Stosowne uprawnienia przewidziane przepisami prawa, w szczególności:
  - 1) wpis do rejestru podmiotów wprowadzających produkty, produkty w opakowaniach, prowadzących jednostki handlu detalicznego lub hurtowego, w którym oferowane są torby na zakupy z tworzywa sztucznego, objęte opłatą recyklingową, o której mowa w art. 40a ustawy z dnia 13 czerwca 2013 r. o gospodarce opakowaniami i odpadami opakowaniowymi (Dz. U. z 2020 r. poz. 1114 z późn. zm.) oraz gospodarujących odpadami, uprawnionych do transportu odpadów o kodzie 20 01 32, prowadzonego przez marszałka województwa zgodnie z ustawą z dnia 14 grudnia 2012 r. o odpadach (Dz. U. z 2022 r. poz. 699 z późn. zm.) - Wykonawca musi wykazać, że posiada aktualny wpis.
4. Stosowna umowa, aktualna na dzień składania oferty, zawartą z podmiotem świadczącym usługi utylizacji przeterminowanych leków, 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. ....

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