

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”**

**I. 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 <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
3 300				

**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 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:

a) 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.

3. 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.

4. ....

5. ....

6. ....

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