Załącznik nr 2 do Zaproszenia

***Numer sprawy* ZDZ.262.1.45.2025**

**FORMULARZ CENOWY**

Nazwa wykonawcy .................................................................................................

Adres wykonawcy .................................................................................................

Miejscowość ................................................ Data .....................

dot. postępowania o wartości szacunkowej nie przekraczającej progu 130.000 zł. (netto) określonego w art. 2 ust. 1 pkt. 1 ustawy z dnia 11 września 2019 roku Prawo zamówień publicznych (t. j. Dz. U. z 2024 r. poz. 1320), numer sprawy: **ZDZ.262.1.45.2025**. Nazwa zadania: ***„*Usługi w zakresie odbioru i utylizacji odpadów medycznych*”.***

Cenowa oferta za wykonanie przedmiotu zamówienia:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot** | **Ilość kg** | **Cena jn. netto** | **Netto (kol.3xkol.4)** | **kwota VAT** | **Brutto (kol.5+kol.6)** |
| 1 | Odpady medyczne kod 18 01 03 | 2000,00 |  |  |  |  |
| 2 | Odpady medyczne kod 18 01 06 | 120,00 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

#348Wartość z pozycji OGÓŁEM należy przenieść do formularza ofertowego.

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

(data i czytelny podpis wykonawcy)