**SK.271.1.10.2022.KM2 Załącznik nr 1**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***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”***

1. **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 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** |
| **2 050** |  |  |  |  |

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 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:*
4. *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.*
5. *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.*
6. *……………………………………………………………………………………………………………………...*
7. *……………………………………………………………………………………………………………………...*

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

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