…………………………  **Załącznik nr 1**

…………………………

…………………………

Pieczęć Wykonawcy

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Nazwa Wykonawcy, adres

**Wywóz i unieszkodliwienie odpadów medycznych**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nazwa** | **Jednostka miary** | **Realizacja** | **Cena netto za**  **1 kg** | **% VAT** | **Cena brutto za 1 kg** |
| Odpady medyczne | 1kg | **1 raz** w każdym tygodniu miesiąca **(piątek)** |  |  |  |

Cena musi obejmować w kalkulacji wszystkie koszty i składniki niezbędne do wykonania przedmiotu zamówienia. Przy wyliczeniu wartości cen poszczególnych elementów należy ograniczyć się do dwóch miejsc po przecinku na każdym etapie wyceny ceny.

………………………………..dnia…………………………… ……………………………..

Podpis i pieczęć