

**FORMULARZ OFERTOWY WYKONAWCY****1. Dane dotyczące wykonawcy**

Nazwa: KOMA OLSZTYN Sp. z o. o.

Siedziba: ul. Towarowa 20A, 10-417 Olsztyn

Adres poczty elektronicznej: [olsztyn@koma.pl](mailto:olsztyn@koma.pl) Województwo: warmińsko-mazurskie

Strona internetowa: [www.koma.net.pl](http://www.koma.net.pl)

Numer telefonu: 89 526 26 26 tel. kom. 508 508 595

Numer faksu: 89 526-26-26

Numer REGON: 365884950

Numer NIP: 7393890861

Nr rachunku rozliczeniowego 76 1240 5745 1111 0011 0168 0478.

Godziny urzędowania 07:00-16:00

**Jestem: osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą - nie prowadząca działalności... / mikro / małym / średnim / dużym / innym - przedsiębiorstwem (skreślić niewłaściwe)**

**2. Dane dotyczące Zamawiającego**

Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy im. Prof. dr Stanisława Popowskiego w Olsztynie  
Adres siedziby: ul. Żołnierska 18a , 10-561 Olsztyn  
NIP 739-29-54-843 Regon 000295580

**3. Zobowiązania wykonawcy**

Nawiązując do ogłoszenia o zamówieniu publicznym Nr sprawy: SZP-332-108PN-2021, oferujemy wykonanie zamówienia, zgodnie z wymogami Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia za cenę:

**3.1 Cena oferty**

L.p.	Nazwa przedmiotu zamówienia	Jedn. M.	Ilość	Cena zł. usługi za 1 odbiór prasokonenera / cykl netto/brutto	Cena łączna za odbiór 52 szt. netto/brutto
1	Odpady masowe z prasokontenera	1 odbiór zawartości z KP-7	52	3 290,00 zł. netto 3 553,20 zł brutto	171 080,00 zł netto 184 766,40 zł brutto
2	Odpady resztkowe	cykl	70	185,00 zł netto 199,80 zł brutto	12 950,00 zł netto 13 986,00 zł brutto
			Razem		184 030,00 zł netto 199 752,40 zł brutto

**4. Oświadczam, że:****4. Oświadczam, że:**

- 4.1 Wykonam zamówienie publiczne w wymaganym okresie
- 4.2 Deklaruję/emy termin płatności faktur za przedmiot zamówienia do 60 dni.

**5. Osoby do kontaktów z Zamawiającym**

- Osoba / osoby do kontaktów z Zamawiającym odpowiedzialne za przygotowanie niniejszej oferty : JUSTYNA DENERT tel. kontaktowy 533 534 055 e mail: zamowienia@koma.pl
- Osoba / osoby do kontaktów z Zamawiającym odpowiedzialne za wykonanie zobowiązań umowy: JACEK ZEBROWSKI tel. kontaktowy 570 580 -029 mail, : [jacek.zebrowski@koma.pl](mailto:jacek.zebrowski@koma.pl)
- **NUMER TELEFONU/TELEFONÓW, POD KTÓRY NALEŻY ZGŁSZAĆ, SKŁADAĆ ZAMÓWIENIE, DOTYCZĄCE USŁUGI ODBIORU ODPADÓW: 570 580 029**

**6. Pełnomocnik w przypadku składania oferty wspólnej\* /skreślić jeśli nie dotyczy/**

Nazwisko, imię .....

Stanowisko .....

Załącznik Nr 1

**FORMULARZ OFERTOWY WYKONAWCY****1. Dane dotyczące wykonawcy**Nazwa: **REMONDIS WARMIA-MAZURY Sp. z o.o.**

Siedziba: ul. Partyzantów 3, 10-522 Olsztyn

Adres poczty elektronicznej: olsztyn@remondis.pl Województwo. warmińsko-mazurskie

Strona internetowa: www.remondis.olsztyn.pl

Numer telefonu: 0 ( 89 ) 544 98 01 tel. kom. ....\*  
Numer faksu: 0 ( ... ) .....

Numer REGON: 510522318

Numer NIP: 7390403487

Nr rachunku rozliczeniowego .....

Godziny urzędowania 7-15

**Jestem: ~~osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą -- nie prowadząca działalności... / mikro / małym / średnim / dużym / innym - przedsiębiorstwem (skreślić niewłaściwe)~~**

**2. Dane dotyczące Zamawiającego**

Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy im. Prof. dr Stanisława Popowskiego w Olsztynie

Adres siedziby: ul. Żołnierska 18a , 10-561 Olsztyn

NIP 739-29-54-843

Regon 000295580

**3. Zobowiązania wykonawcy**

Nawiązując do ogłoszenia o zamówieniu publicznym Nr sprawy: SZP-332-108PN-2021, oferujemy wykonanie zamówienia, zgodnie z wymogami Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia za cenę:

**3.1 Cena oferty**

L.p.	Nazwa przedmiotu zamówienia	Jedn. M.	Ilość	Cena zł. usługi za 1 odbiór prasokonenera / cykl netto/brutto	Cena łączna za odbiór 52 szt. netto/brutto
1	Odpady masowe z prasokontenera	1 odbiór zawartości z KP-7	52	4 400,00 zł netto 4 752,00 zł. brutto	228 800,00 zł. netto 247 104,00 zł. brutto
2	Odpady resztkowe	cykl	70	356,00 zł. netto 384,48 zł. brutto	24 920,00 zł. netto 26 913,60 zł. brutto
Razem					<b>253 720,00 zł. netto</b> <b>274 017,60 zł. brutto</b>

**4. Oświadczam, że:****4. Oświadczam, że:**

4.1 Wykonam zamówienie publiczne w wymaganym okresie

4.2 Deklarujemy termin płatności faktur za przedmiot zamówienia do 60 dni.

**5. Osoby do kontaktów z Zamawiającym**

▶ Osoba / osoby do kontaktów z Zamawiającym odpowiedzialne za przygotowanie niniejszej oferty :

Joanna Nowicka, tel. Kontaktowy 89 544 98 01 mail: joanna.nowicka@remondis.pl

▶ Osoba / osoby do kontaktów z Zamawiającym odpowiedzialne za wykonanie zobowiązań umowy:

Aneta Majewska, tel. Kontaktowy 89 544 98 03 mail, : aneta.majewska@remondis.pl

▶ **NUMER TELEFONU/TELEFONÓW, POD KTÓRY NALEŻY ZGŁSZAĆ, SKŁADAĆ ZAMÓWIENIE, DOTYCZĄCE USŁUGI ODBIORU ODPADÓW: 89 544 98 03****6. Pełnomocnik w przypadku składania oferty wspólnej\* /skreślić jeśli nie dotyczy/**

Nazwisko, imię .....