**P/3/2025 Załącznik nr 2 do SWZ**

**FORMULARZ CENOWY**

**Szczegółowe zestawienie wartościowe**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa** | **Ilość za okres 24 miesięcy** | **Cena za**  **1 kg netto** | **Wartość**  **netto**  **3\*4** | **VAT %** | **Wartość**  **brutto**  **5+6** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** |
| **1**. | Odbiór, transport i utylizacja odpadów medycznych i pozostałe **kod 18 01 02\*** | **700 kg** |  |  |  |  |
| **2**. | Odbiór, transport i utylizacja odpadów medycznych i pozostałe wg opisu w SIWZ **- kod 18 01 03\*** | **86 000 kg** |  |  |  |  |
| **3.** | Odbiór, transport i utylizacja odpadów medycznych i pozostałe **- kod 18 01 06\*** | **1400 kg** |  |  |  |  |
| **4.** | Transport, zbieranie i przetwarzanie odpadów **kod 18 01 04** | **2 000 kg** |  |  |  |  |
| **5.** | Odbiór, transport i utylizacja odpadów medycznych i pozostałe wg opisu w SIWZ **- kod 18 01 08\*** | **60 kg** |  |  |  |  |
| **6.** | Odbiór, transport i utylizacja odpadów medycznych i pozostałe wg opisu w SIWZ **- kod 18 01 09** | **40 kg** |  |  |  |  |
| **RAZEM:** | | | |  |  |  |

.......................................................... Miejscowość, data........................................................ podpis Wykonawcy