**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

 CENA za kg/wytworzonych przez SPZZOZ Szpital w Iłży w okresie 24 m-cy odpadów wg kodów:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Przedmiot zamówienia wraz z kodem odpadu** | **Ilość odpadów (w kg)** | **Cena netto za 1 kg****wykonanej usługi (w zł)** | **Stawka podatku VAT****(w %)** | **Wartość brutto (w zł)** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 = (2 x 3) + kwota podatku VAT |
| Usługa odbioru i unieszkodliwiania odpadów medycznych o kodach: | - | - | - | - |
| 18 01 02 | 800 |  |  |  |
| 18 01 03 | 21 600 |  |  |  |
| 18 01 04 | 4 800 |  |  |  |
| 18 01 09 | 1 |  |  |  |
| **Razem:** |  |

 ............................., dnia ................................