Załącznik nr 3 do SWZ

**FORMULARZ OFERTOWY***-* ***ODWADNIANIE***

Postępowanie pn.: **Dostawa flokulantów zgodnie zapotrzebowaniem na okres roku.**

Nr referencyjny nadany sprawie przez Zamawiającego **8-TO/2024**

1. ZAMAWIAJĄCY:

Miejski Zakład Wodociągów i Kanalizacji Spółka z o.o.

ul. Św. M Kolbe 25a

32-650 Kęty

2. WYKONAWCA:

* Nazwa ……………………………………………………………………………………….
* Adres ……………………………………………………………………………………….
* Tel. Fax. ……………………………………………………………………………………….
* E-mail ……………………………………………………………………………………….
* NIP ……………………………………………………………………………………….

reprezentowany przez: …………………………………………………………………………………..

3. Wykonawca oświadcza, że:

* 1. zapoznał się z treścią SWZ dla niniejszego zamówienia,
  2. gwarantuję wykonanie całości niniejszego zamówienia zgodnie z treścią SWZ,
  3. oferuję wykonanie zamówienia, objętego niniejszą ofertą za cenę za 1 kg(łącznie z kosztami transportu):

nazwa flokulanta: …………………………………………………..

netto ……………… zł/kg ( słownie:…………………………………………………………………………………………..)

VAT …......% tj. …............... zł (słownie:................................................................................)

brutto ...................... zł/kg zawiera VAT(słownie: ……………………………………………….…………….)

* 1. wykona zamówienie w terminie podanym w SWZ i we wzorze umowy;
  2. akceptuję bez zastrzeżeń postanowienia umowy, której wzór stanowi załączniku nr 1 do SWZ, w tym warunki płatności określone w tej umowie;
  3. w przypadku uznania oferty za najkorzystniejszą, zobowiązuję się zawrzeć umowę w miejscu i terminie jakie zostaną wskazane przez Zamawiającego;
  4. jest związany ofertą przez 30 dni od upływu terminu składania ofert;

1. Wykonawca podaje dane technologiczne :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nazwa flokulanta | Cena netto  [zł/kg] | Dawka flokulanta  [g/kg s.m. osadu] | Koszt eksploatacyjny [zł/t s.m.] |
|  |  |  |  |

1. Wykonawca informuję, że wybór niniejszej oferty \***będzie/nie będzie** prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego

Nazwa (rodzaj) towaru lub usługi, których dostawa lub świadczenie będzie prowadzić do jego powstania: ……………………………………………………………………..

……………………………

*miejscowość i data* ......................................................

WYKONAWCA

*Podpis osoby/osób upoważnionej/ych do reprezentowania Wykonawcy*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\* niepotrzebne skreślić