**Załącznik nr 1 Formularz cenowy**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| lp | nazwa przychodni | adres | Kod odpadów | Szacowana ilość odpadów rocznie (kg) | Częstotliwość odbioru odpadów | Cena netto/miesiąc |
| 1 | Przychodnia "GRABISZYN” i  Ośrodek Dziecięcych Porażeń Mózgowych „PUCHATEK” | ul. Stalowa 50, Wrocław | 180101  180103  180109 | 220 | 1 raz w tygodniu |  |
| 2 | Przychodnia „KOZANÓW” | ul. Dokerska 9, Wrocław | 620 | 2 razy w tygodniu (wtorek, piątek) |  |
| 3 | Przychodnia „STARE MIASTO” | Pl. Dominikański 6, Wrocław | 170 | 1 raz w tygodniu |  |
| 4 | Przychodnia „STABŁOWICE” | ul. Stabłowicka 125, Wrocław | 250 | 1 raz w tygodniu |  |
| 6 | Ośrodek Opieki Zdrowotnej i Rehabilitacji „CELMED” | ul. Celtycka 15/17 , Wrocław | 60 | 1 raz na 2 tygodnie |  |
| 7 | Przychodnia Zdrowia Psychicznego i Leczenia Uzależnień | ul. Lindego 19-21, Wrocław | 60 | 1 raz w tygodniu |  |
| 8 | Ośrodek Profilaktyczno–Leczniczy Chorób Zakaźnych i Terapii Uzależnień | ul. Wszystkich Świętych 2, Wrocław | 999 | 2 razy w tygodniu (wtorek, piątek) |  |
| 9 | Centrum Zdrowia Psychicznego + | ul. Ostrowskiego 13C, Wrocław | 30 | 1 raz na 2 tygodnie |  |
| 10 | 35 gabinety medycyny szkolnej | Szkoły na terenie Wrocławia | 160 | Zgodnie ze zgłoszeniem | Gotowość: raz na miesiąc ……pln/miesiąc/gabinet  Wezwanie: …… pln za gabinet |

Stała miesięczna opłata …………… pln netto ………….. pln brutto – opłata abonamentowa

Cena za 1kg odpadów medycznych ……….. pln netto ……..… pln brutto

....................................... ………………………………….

(*miejscowość i data)* (*pieczęć firmowa wykonawcy*)