## Załącznik nr 1

Nr sprawy: 04.PU – AZT.2023

**FORMULARZ OFERTY**

Dotyczy: postępowania na zakup paliw do samochodów służbowych dla Wojewódzkiego Wielospecjalistycznego Centrum Onkologii i Traumatologii im. M. Kopernika w Łodzi

|  |  |
| --- | --- |
| Oznaczenie wykonawcy – nazwa | NIP |
| Adres (ulica, miejscowość, powiat, województwo) | Regon |
| Imię i nazwisko osoby prowadzącej sprawę oraz nr telefonu:  Imię i nazwisko: …....................................................................  nr telefonu: ….................................................................... | Forma kontaktu, czynnego całą dobę, za pomocą którego zamawiający będzie przysyłał stosowne dokumenty dotyczące przedmiotowego postępowania:  Adres e-mail Wykonawcy:  ……………………………………………………………………………. |
| Kontakt internetowy (strona www)  Jeśli posiada  …………………………………………………….. | Numer konta bankowego na, które należy zwrócić wadium (jeżeli było wymagane i zostało wpłacone w pieniądzu):  Nie dotyczy |

1. Opis przedmiotu zamówienia:

Przedmiotem zamówienia są **zakupy paliw do samochodów służbowych Wojewódzkiego Wielospecjalistycznego Centrum Onkologii i Traumatologii im. M. Kopernika w Łodzi.**

1. Oferuję realizację zamówienia dla Wojewódzkiego Wielospecjalistycznego Centrum Onkologii i Traumatologii im. M. Kopernika w Łodzi w następujących cenach:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametr oceniany** | **Wypełnić zgodnie z zapytaniem** |
| 1. | Obsługiwane sieci stacji paliwowych (wymienić) |  |
| 2. | Średnia cen paliw (ON, PB) z ostatnich  3 miesięcy z województwa łódzkiego dla JEDNEJ wybranej przez oferenta SIECI stacji paliw (np. ORLEN, BP)) |  |
| 3. | RABAT na 1 litrze paliwa w groszach (podać) |  |
| 4. | Ilość obsługiwanych stacji paliw w Polsce dla wybranej sieci (podać siec i ilość stacji w sieci) |  |
| 5. | Opłata za wydanie karty paliwowej – 1 szt. |  |
| 6. | Opłata miesięczna za kartę paliwową – 1 szt. (przelew bankowy) |  |
| 7. | Opłata miesięczna za zarzadzanie kontem bankowym (przelew bankowy) |  |
| 8. | Opłata miesięczna za zarzadzanie kontem na portalu internetowym (przelew bankowy) |  |
| 9. | Opłata kartą paliwową przejazdów drogami płatnymi – parametr wymagany | TAK |

1. Osobą upoważnioną do kontaktów z Centrum ze strony Sprzedawcy/Operatora jest P. ………………………………. nr tel. ……………………… E-mail: ……………………….
2. Ksero wpisu do ewidencji działalności gospodarczej albo z KRS w załączeniu.(pełnomocnictwo – jeśli dotyczy)
3. W załączeniu wzór proponowanej umowy współpracy(sprzedaży paliw).

Data i podpis osoby

upoważnionej do złożenia oferty