



Załącznik nr 1

Nr sprawy: 02.PU – AZT.2025

FORMULARZ OFERTY

Dotyczy: postępowania na **zakupy paliw i materiałów eksploatacyjnych do silników pojazdów 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

ul. Pabianicka 62, 93-513 Łódź

SEKRETARIAT tel. (42) 689 50 10/fax (42) 689 50 11; CENTRALA tel. (42) 689 50 00

e-mail: szpital@kopernik.lodz.pl, <http://www.kopernik.lodz.pl>

NIP 729-23-45-599 REGON 000295403 PEKAO S.A. O/ŁÓDŹ 62124015451111000011669957





1. Opis przedmiotu zamówienia:

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

2. 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 sieć 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 zarządzanie kontem bankowym (przelew bankowy)	
8.	Opłata miesięczna za zarządzanie kontem na portalu internetowym (przelew bankowy)	
9.	Opłata/obsługa kartą paliwową przejazdów drogami płatnymi – parametr wymagany	TAK

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

Data i podpis osoby
upoważnionej do złożenia oferty

ul. Pabianicka 62, 93-513 Łódź

SEKRETARIAT tel. (42) 689 50 10/fax (42) 689 50 11; CENTRALA tel. (42) 689 50 00

e-mail: szpital@kopernik.lodz.pl, <http://www.kopernik.lodz.pl>

NIP 729-23-45-599 REGON 000295403 PEKAO S.A. O/ŁÓDŹ 6212401545111000011669957

