***Załącznik do zapytania ofertowego nr 1***

*(pieczęć Wykonawcy/Wykonawców)*

**FORMULARZ CENOWY**

**Dostawa oleju napędowego dla potrzeb Ośrodka Rehabilitacyjnego w Kościanie**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Cena dystrybutora obowiązująca w dniu złożenia oferty** | **Rabat wyrażony w złotych polskich (PLN)** | **Cena oferowana za 1 litr paliwa (brutto)** |
|  |  |  |
| **Słownie:** | **Słownie:** | **Słownie:** |
| **……………………………**  **………………………..** | **…………………………….**  **……………………………** | **……………………………**  **…………………………….** |

**W formularzu cenowym Wykonawca może określić wysokość rabatu wyrażoną w pełnych groszach (do dwóch miejsc po przecinku).**

Wykaz stacji paliw na terenie miasta Kościana wraz z adresem:

1. ……………………………………………………..,
2. ……………………………………………………….