**Załącznik nr 2a do SIWZ/ZP/TP -10/2022**

**0**

**FORMULARZ CENOWY**

**DLA WYKONAWCÓW SKŁADAJĄCYCH OFERTĘ NA**

**„Zakup paliw płynnych dla SP ZOZ Rypin„**

1. **Zamawiający:**

**Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Rypinie, 87 – 500, przy ulicy 3 Maja 2.**

1. **Wykonawca:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa/y/ Wykonawcy/ów/** | **Adres Wykonawcy/ów/** |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Rodzaj paliwa** | **Ilość dostarczonego paliwa**  **w litrach** | **Cena 1dm3 paliwa na**  **dystrybutorze w zł / brutto** | **Upust %** | **Cena 1dm3 paliwa po upuście** | **Wartość**  **Umowy**  **w**  **zł. / brutto** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7=(3x6)** |
| **1.** | **Olej napędowy** | **43940** |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  | **RAZEM:** | **X** | **X** | **X** | **X** |  |

**Uwaga :Upust cenowy w kolumnie nr 5 jest wartością stałą i obowiązuje przez cały czas trwania Umowy.**

**………………………………… dnia …………………………..**

**………………………………………………………………**

**Podpisy osób uprawnionych do składania oświadczeń woli**

**w imieniu Wykonawców**