## Załącznik nr 1

## Przedmiot zakupu:

***Przedmiotem zamówienia jest zakupu energii elektrycznej czynnej w taryfie B23 dla 2 punktów***

***poboru w łącznej ilości 1842 MWh, w okresie 01.01.2025-31.12.2025***

1. ***Okres i wolumen zakupu***

|  |  |
| --- | --- |
| ***Okres zakupu, dostaw*** | *od 01-01-2025 r. do 31-12-2025 r.* |
| ***Grupa taryfowa*** | ***Prognozowany wolumen w okresie******z przeznaczeniem na użytek własny [MWh]*** |  | ***Suma wolumenu [MWh]*** |
| ***B23*** | ***1 842,00*** | ***1 842,00*** |
| ***Suma wolumenu deklarowanego w danym okresie sprzedaży [MWh]*** | ***1 842,00*** |

1. ***Ceny netto zakupu energii elektrycznej i stawki opłat handlowych***

|  |  |
| --- | --- |
| ***Okres zakupu*** | *od 01-01-2025 r. do 31-12-2025 r.* |
| ***Grupa taryfowa*** | ***Strefa czasowa*** | ***Cena energii******z przeznaczeniem na użytek własny [zł/MWh]*** |  | ***Opłata handlowa [zł/PPE/m-c]*** |
| ***B23*** | ***I strefa*** |  |  |
| ***II strefa*** |  |
| ***III strefa*** |  |

**IV.** Wykaz punktów poboru energii elektrycznej

|  |
| --- |
| *Nazwa*: **Wielospecjalistyczny Szpital w Ostrowcu Świętokrzyskim***NIP: 6611959864* |
|  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***LP*** | ***Numer PPE*** | ***Nazwa/Opis PPE*** | **Miejsce zainstalowania układu pomiarowo-rozliczeniowego** | **Operator Systemu dystrybucyjnego** | Zmiana sprzedawcy | ***Moc umowna kW*** | ***Grupa Taryfowa*** | ***Odbiorca, Adres punktu poboru energii*** |
| ***Miejscowość*** | ***Kod pocztowy*** | ***Ulica*** | ***Nr budynku*** |
| ***1*** | *590543560500629000* | *Szpital Miejski* *Pomiar Nr 1* | *Stacja* *transformatorowa* | PGE OBRÓT S.A. | po raz pierwszy | *150* | *B23* | *Ostrowiec Świętokrzyski* | *27-400* | *Szymanowskiego* | *11* |
| ***2*** | *590543560500629256* | *Szpital Miejski* *Pomiar Nr 2* | *Stacja* *transformatorowa* | PGE OBRÓT S.A. | po raz pierwszy | *250* | *B23* | *Ostrowiec Świętokrzyski* | *27-400* | *Szymanowskiego* | *11* |