**FORMULARZ OFERTOWY   
na część 1 – usługa ubezpieczenia mienia**

### *Zamawiający*:

### Szpital Wolski im. dr Anny Gostyńskiej, Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej,

### 01 – 211 Warszawa ul. M. Kasprzaka 17

#### Dane Wykonawcy:

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa Wykonawcy (Wykonawców): |  |
| Adres Wykonawcy (Wykonawców) |  |
| Adres poczty elektronicznej |  |
| Numer telefonu: |  |
| NIP Wykonawcy (Wykonawców) |  |
| REGON Wykonawcy (Wykonawców) |  |

**OŚWIADCZENIA WYKONAWCY:**

1. W nawiązaniu do ogłoszenia o zamówieniu opublikowanego w Dzienniku Urzędowym Unii Europejskiej na „usługę ubezpieczenia Szpitala Wolskiego im. dr Anny Gostyńskiej w Warszawie (2 części)” składamy ofertę w zakresie **ubezpieczeń mienia – Część 1** i na warunkach określonych w Specyfikacji Warunków Zamówienia zgodnie z warunkami określonymi w Załączniku nr 2 do SWZ jako ZAKRES MINIMALNY (obligatoryjny) oraz dodatkowo w zakresie preferowanym zgodnie z wypełnionym przez nas częścią „PREFEROWANY ZAKRES UBEZPIECZENIA” niniejszego Formularza ofertowego.

**KRYTERIUM CENA**

1. Oferujemy realizację „usługi ubezpieczenia Szpitala Wolskiego im. dr Anny Gostyńskiej w Warszawie (2 części)” w zakresie **ubezpieczeń mienia – Część 1** na rzecz Zamawiającego za następującą cenę ofertową obliczona zgodnie z wymogami pobranej od Zamawiającego SWZ:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Łączna cena/składka przedstawionej oferty dla CZĘŚCI 1,** za wskazany w SWZ **36 miesięczny** okres realizacji zamówienia wynosi: | | | | | | | |
| zł  *słownie****:*** zł | | | | | | | |
| **brutto** w tym VAT zwolniony.  Składka płatna przelewemw 12 w przybliżeniu równych ratach w odniesieniu do rocznego okresu ubezpieczenia – płatnych co miesiąc odpowiednio do ostatniego dnia miesiąca, przy czym termin płatności I raty winien przypadać nie wcześniej niż 15 dni po dniu wystawienia polisy.  **Łączna cena/składka jest sumą składek za poszczególne rodzaje:** | | | | | | | |
| **1.1. ubezpieczenie mienia od wszystkich ryzyk** | | | | | | | |
| *Prosimy wypełnić poniższą tabelę* | | | | | | | |
| **Lp.** | **Przedmiot ubezpieczenia** | | | **Suma ubezpieczenia**  **(w zł)** | | **Stawka za roczny okres ubezpieczenia**  **(%)** | **Składka za roczny okres ubezpieczenia  (zł)** |
| 1 | 2 | | | 3 | | 4 | 5 |
| 1. | Budynki i budowle (własne i powierzone) | | | 90 599 478,59 | |  |  |
| 2. | Maszyny, urządzenia, wyposażenie, w tym środki dzierżawione oraz sprzęt elektroniczny (mienie własne i powierzone | | | 27 913 401,19 | |  |  |
| 3. | Środki trwałe w budowie\* | | | 23 237 718,62 | |  |  |
| 4. | Pozostałe wyposażenie i środki niskocenne | | | 100 000,00 | |  |  |
| 5. | Środki obrotowe (własne i powierzone) | | | 500 000,00 | |  |  |
| 6. | Wartości pieniężne w lokalu i w transporcie | | | 150 000,00 | |  |  |
| 7. | Mienie osób trzecich i pracowników | | | 300 000,00 | |  |  |
| **8.** | Nakłady adaptacyjne w powierzonych środkach trwałych | | | 100 000,00 | |  |  |
| Łączna składka roczna | | | | | | |  |
| Łączna składka za okres 3 lat (składka roczna x3) | | | | | | |  |
| **1.2. ubezpieczenie sprzętu elektronicznego od wszystkich ryzyk** | | | | | | | |
| *Prosimy wypełnić poniższą tabelę* | | | | | | | |
| **Lp.** | | **Przedmiot ubezpieczenia** | **Suma ubezpieczenia**  **(w zł)** | | **Stawka za roczny okres ubezpieczenia**  **(%)** | | **Składka za roczny okres ubezpieczenia  (zł)** |
| 1 | | 2 | 3 | | 4 | | 5 |
| **1** | | Sprzęt elektroniczny biurowy (sprzęt do 5 roku eksploatacji) własny i powierzony | 1 992 286,60 | |  | |  |
| **2** | | Sprzęt elektroniczny przenośny (sprzęt do 5 roku eksploatacji) | 171 384,93 | |  | |  |
| **3** | | Sprzęt medyczny stacjonarny i przenośny - własny i powierzony | 34 732 497,17 | |  | |  |
| **4** | | Samodzielne urządzenia do automatycznej regulacji i sterowania procesami (system ruchu pojazdów i system parkingowy – urządzenia wraz z oprogramowaniem) | 212 287,18 | |  | |  |
| **5** | | Oprogramowanie, dane i nośniki danych wraz z kosztami odtworzenia danych | 50.000,00 | |  | |  |
| Łączna składka roczna | | | | | | |  |
| Łączna składka za okres 3 lat (składka roczna x3) | | | | | | |  |

Uwaga: Sumy ubezpieczenia mogą ulec zmianie z uwagi na zmiany majątku Zamawiającego.

**Składki za ubezpieczenie wyżej określonego mienia/ryzyk/klauzul, które nie zostały uwzględnione w składkach w powyższej tabeli Wykonawca stosuję dodatkowa taryfikację. -** *wypełnić tylko, jeśli nie wszystkie składki zostały uwzględnione w składkach w powyższej tabeli*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | 1. **Rodzaj ubezpieczonego mienia/ryzyko/klauzula** | **Składka za roczny okres ubezpieczenia (zł)** |
| 1. |  |  |
| 2. |  |  |
| Łączna składka roczna | |  |
| Łączna składka za okres 3 lat (składka roczna x3) | |  |

**KRYTERIUM PREFEROWANY ZAKRES UBEZPIECZENIA**

***KLAUZULE***

* *Wykonawca obowiązany jest wypełnić kolumnę „2”, wpisując słowo „TAK” albo „NIE”.*
* *W przypadku akceptacji Klauzuli /Ryzyka z zakresu preferowanego w treści opisanej w SWZ prosimy o wpisanie słowa „TAK” w kolumnie „2”*
* *W przypadku odrzucenia Klauzuli /Ryzyka z zakresu preferowanego w treści opisanej w SWZ prosimy o wpisanie słowa „NIE” w kolumnie „2”.*
* *Klauzula przyjęta w treści opisanej w SWZ otrzyma liczbę punktów wskazaną w kolumnie „3” poniższej tabeli dla danej klauzuli.*
* *Brak akceptacji klauzuli/ryzyka w treści SWZ spowoduje nieprzyznanie punktów*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 |
| **Klauzule** | **Akceptujemy w treści opisanej w SWZ**  **(TAK / NIE)** | **Liczba punktów możliwych do uzyskania** |
| Klauzula samodzielnej likwidacji szkody |  | 1 |
| Klauzula restytucji mienia |  | 1 |
| Klauzula funduszu prewencyjnego |  | 20 |
| Klauzula zniżki za dobry przebieg ubezpieczenia |  | 3 |
| Klauzula rozszerzonej ochrony |  | 1 |
| Klauzula ataku elektronicznego |  | 4 |
| **Razem** |  | 30 |

***LIMITY OCHRONY***

* *Ocenie podlegać będzie zaproponowana przez Wykonawcę wysokość limitu, nie niższa niż określona w zakresie minimalnym, dla poniżej wskazanych ryzyk lub klauzul.*
* *Za zaoferowanie limitu w wysokości określonej jako limit minimalny (kolumna 2) dla wybranego ryzyka lub klauzuli Wykonawca otrzyma 0 (zero) punktów.*
* *Za zaoferowanie limitu w wysokości określonej jako limit maksymalny (kolumna 3) zostanie przyznana maksymalna liczba punktów wskazana w tabeli dla danego ryzyka lub klauzuli (kolumna 5).*
* *Za zaoferowanie limitu w wysokości powyżej limitu minimalnego, a poniżej limitu maksymalnego zostanie przyznana liczba punktów, wyliczona na podstawie wzoru:*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Ryzyko / klauzula | **Limit minimalny**  – wynikający z zakresu obowiązkowego opisanego w SWZ  ***(0 pkt)*** | **Limit maksymalny**  – preferowany przez Zamawiającego  ***(maks. liczba punktów*)** | **Oferowany przez Wykonawcę limit**  ***nie mniejszy niż limit minimalny*** *(kolumna 2)*  *i nie większy niż limit* ***maksymalny*** *(kolumna 3)*  ***Proszę wpisać wartość w zł*** | Liczba punktów możliwych do uzyskania |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| dewastacja | 300 000,00 zł | 600 000,00 zł |  | 2 |
| ubezpieczenia szkód powstałych w wyniku przepięcia/przetężenia | 1 000 000,00 zł | 2 000 000,00 zł |  | 2 |
| ubezpieczenia dodatkowych kosztów działalności gospodarczej | 1 000 000,00 zł | 2 000 000,00 zł |  | 2 |
| szkód mechanicznych | 250 000,00 zł | 500 000,00 zł |  | 2 |
| ubezpieczenia prewencyjnej sumy ubezpieczenia | 1 000 000,00 zł | 2 000 000,00 zł |  | 2 |
| **Razem:** | | | | **10** |

1. Zapoznaliśmy się z warunkami udzielenia zamówienia publicznego na **usługę ubezpieczenia**  **Szpitala Wolskiego im. dr Anny Gostyńskiej w Warszawie (2 części) w zakresie ubezpieczeń mienia – Część 1,** zawartymi w Specyfikacji Warunków Zamówienia i **nie wnosimy do nich zastrzeżeń.**
2. Informujemy, że uważamy się za związanych niniejszą ofertą w okresie wskazanym w Specyfikacji Warunków Zamówienia.
3. Akceptujemy treść wzoru umowy stanowiącą **Załącznik nr 3a do SWZ** i zobowiązujemy się   
   w przypadku wybrania naszej oferty jako najkorzystniejszej do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
4. Wybór naszej oferty nie będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego.

*Uwaga: jeżeli wybór oferty będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego należy skreślić powyższe oświadczenie i przedłożyć wykaz zawierający nazwę usługi, której świadczenie będzie prowadzić do jego powstania oraz jej wartość bez kwoty podatku.*

1. Wykonawca: *(prosimy właściwe zaznaczyć)*

jest

nie jest

mikroprzedsiębiorstwem bądź małym lub średnim **przedsiębiorstwem.**

*Do grupy tej zaliczane są przedsiębiorstwa: które zatrudniają mniej niż 250 osób i których roczny obrót nie przekracza 50 milionów EUR lub roczna suma bilansowa nie przekracza 43 milionów EUR.*

*Por. zalecenie Komisji z dnia 6 maja 2003 r. dotyczące definicji mikroprzedsiębiorstw oraz małych i średnich przedsiębiorstw (Dz.U. L 124 z 20.5.2003, s. 36). Te informacje są wymagane wyłącznie do celów statystycznych.*

1. **Oferta:** *(prosimy właściwe zaznaczyć )* **\***

zawiera informacje

nie zawiera informacji

stanowiące/ych **tajemnicę przedsiębiorstwa** w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji.

*\*(Jeżeli Wykonawca nie zakreśli żadnej z powyższych opcji, Zamawiający przyjmie, że oferta nie zawiera informacji stanowiących tajemnicę przedsiębiorstwa).*

1. **Oświadczenie** Wykonawcy o powierzeniu części zamówienia podwykonawcom*,* ***(****jeśli dotyczy uzupełnić tabelę****).***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa firmy podwykonawcy | Rodzaj części zamówienia, której wykonanie wykonawca zamierza powierzyć podwykonawcom | Wartość lub procentowa część, jaka ewentualnie zostanie zlecona |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. W celu potwierdzenia, że osoba działająca w imieniu Wykonawcy jest umocowana do jego reprezentowania, proszę wskazać bezpłatne i ogólnodostępne bazy danych z Krajowego Rejestru Sądowego lub Centralnej Ewidencji Informacji o Działalności Gospodarczej lub innego właściwego rejestru:

|  |  |
| --- | --- |
| Baza danych |  |

1. Oświadczamy, pod groźbą odpowiedzialności karnej (art. 297 KK), że załączone do oferty dokumenty opisują stan prawny i faktyczny, aktualny na dzień otwarcia ofert.
2. Wypełniliśmy obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), dalej „RODO”, wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskaliśmy w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu lub zachodzi wyłączenie stosowania obowiązku informacyjnego, stosownie do art. 13 ust. 4 lub art. 14 ust. 5 RODO.
3. **Ochrona danych osobowych**

Zgodnie z art. 13 ust. 1 Ogólnego Rozporządzenia o Ochronie Danych (RODO) informujemy, że:

Administratorem Państwa danych osobowych jest Szpital Wolski im. dr Anny Gostyńskiej Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej z siedzibą przy ul. M. Kasprzaka 17, 01-211 Warszawa;

Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym mogę się kontaktować w sprawach przetwarzania moich danych osobowych za pośrednictwem poczty elektronicznej: iod@wolski.med.pl;

Dane osobowe Wykonawcy przetwarzane będą na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO w celu związanym z postępowaniem o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonym w trybie przetargu nieograniczonego na podstawie art. 132 ustawy z dnia 11 września 2019 r. – Prawo zamówień publicznych, dalej ustawa Pzp.

Dane osobowe mogą być udostępnione innym uprawnionym podmiotom, na podstawie przepisów prawa, a także podmiotom, z którymi administrator zawarł umowę w związku z realizacją usług na rzecz administratora (np. kancelarią prawną, dostawcą oprogramowania, zewnętrznym audytorem, zleceniobiorcą świadczącym usługę z zakresu ochrony danych osobowych). odbiorcami danych osobowych Wykonawcy będą również osoby lub podmioty, którym udostępniona zostanie dokumentacja postępowania w oparciu o art. 74 ustawy Pzp;

Administrator nie zamierza przekazywać Państwa danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej;

Mają Państwo prawo uzyskać kopię swoich danych osobowych w siedzibie administratora.

Dodatkowo zgodnie z art. 13 ust. 2 RODO informujemy, że:

Dane osobowe Wykonawcy będą przechowywane, zgodnie z art. 78 ustawy Pzp, przez okres 4 lat od dnia zakończenia postępowania o udzielenie zamówienia, a jeżeli czas trwania umowy przekracza 4 lata, okres przechowywania obejmuje cały czas trwania umowy; w przypadku zamówień realizowanych w ramach projektów (np. współfinansowanych ze środków Unii Europejskiej) przez okres wskazany w wytycznych w zakresie kwalifikowalności wydatków;

Przysługuje Państwu prawo dostępu do treści swoich danych, ich sprostowania lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego;

Podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednakże niezbędne do realizacji ww. celu. Konsekwencje niepodania danych określa ustawa Pzp;

Administrator nie podejmuje decyzji w sposób zautomatyzowany w oparciu o Państwa dane osobowe.

1. Osobą uprawnioną do kontaktu z Zamawiającym jest:

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i Nazwisko |  |
| nr telefonu/e-mail |  |
| adres do korespondencji |  |

1. W kwestiach nieuregulowanych w SWZ lub niniejszym Formularzu ofertowym do umowy będą mieć zastosowanie (Wykonawca winien wypełnić poniższe do celów wskazania OWU lub innych wzorców umowy )

|  |
| --- |
|  |

Uwaga: *OWU lub inne wzorce umowy Wykonawcy nie są częścią oferty, a Zamawiający nie będzie badał ich zgodności z treścią SWZ, nawet jeśli Wykonawca dołączy je do oferty.)*

1. Załączniki do Formularza ofertowego (uzupełnić jeśli Wykonawca takie załącza):

(Wymagane oświadczenia lub dokumenty, wymienione w rozdziale VIII SWZ, nie są przez Zamawiającego uważane za Załączniki do Formularza ofertowego)

|  |
| --- |
|  |

Formularz ofertowy musi być opatrzony przez osobę lub osoby upoważnione do reprezentowania firmy - **kwalifikowanym podpisem elektronicznym** zgodnie z Rozdziałem XII SWZ i przekazany Zamawiającemu wraz z dokumentem (-ami) potwierdzającymi prawo do reprezentacji Wykonawcy przez osobę lub osoby podpisujące ofertę zgodnie z zapisami Rozdziału XI SWZ.

Uwaga! Nanoszenie jakichkolwiek zmian w treści dokumentu po opatrzeniu w.w. podpisem może skutkować naruszeniem integralności podpisu, a w konsekwencji skutkować odrzuceniem oferty.