Załącznik nr 1 do SWZ

|  |  |
| --- | --- |
| NAZWA USŁUGI: | **Ubezpieczenia zdrowotne**  **dla pracowników Sieć Badawcza Łukasiewicz – Górnośląski Instytut Technologiczny** |
| ZAMAWIAJĄCY: | Sieć Badawcza Łukasiewicz – Górnośląski Instytut Technologiczny  44-100 Gliwice, ul. Karola Miarki 12-14,  NIP: 6312691891, REGON: 000026867  KRS nr 0000846236 - Sąd Rejonowy w Gliwicach, X Wydział Gospodarczy KRS  [www.git.lukasiewicz.gov.pl](http://www.git.lukasiewicz.gov.pl)  tel.: +48 32 234 52 05  e-mail:[sekretariat@git.lukasiewicz.gov.pl](mailto:sekretariat@git.lukasiewicz.gov.pl) |

**FORMULARZ OFERTOWY**

|  |  |
| --- | --- |
| NAZWA WYKONAWCY | …………………………………………………………………………………………………………….………… |
| SIEDZIBA | …………………………………………………………………………………………………………….………… |
| NIP | …………………………………………………………………………………………………….………………… |
| REGON | ……………………………………………………………………………………………………….……………… |
| KRS | ………………………………………………………………………………………………………….…...……… |
| Zezwolenie na prowadzenie działalności ubezpieczeniowej | …………………………………………………………………………………………………………..…..……… |
| Dane kontaktowe ogólne:  tel. | ………………………………………………………………………………………………………….…………… |
| fax | ………………………………………………………………………………………………………….…………… |
| e-mail | ……………………………………………………………………………………………………….……………… |
| Imię, nazwisko, telefon, adres e-mail osoby upoważnionej do kontaktu i prowadzenia korespondencji z Zamawiającym: | ………………………………………………….…………………………………….……………………….…. |

Oferujemy wykonywanie przedmiotu zamówienia: **Ubezpieczenie** **zdrowotnego dla pracowników Sieć Badawcza Łukasiewicz -** Górnośląski Instytut Technologiczny przez okres 12 miesięcy), tj. od 1 stycznia 2025 roku do 31 grudnia 2025 roku za:

|  |  |
| --- | --- |
| cena jednostkowa **za pracownika** (pakiet pojedynczy) za **jeden miesiąc** realizacji usługi – składka finansowana przez Zamawiającego | ……………………………..…zł  (słownie: ……………..………) |
| cena jednostkowa **za jednego pracownika** (pakiet pojedynczy) za **12 miesięcy** (składka finansowana przez Zamawiającego) | ……………………….………zł  (słownie: ……………..………) |

**Dodatkowo:**

* **pakiet partnerski ........................... zł miesięcznie**, słownie................................................................................ złotych,
* **pakiet rodzinny ........................... zł miesięcznie**, słownie................................................................................ złotych,
* **pakiet pojedynczy szpitalny ........................... zł miesięcznie**, słownie................................................................................ złotych
* **pakiet dla rodziców pracownika (seniorski) ........................... zł miesięcznie**, słownie................................................................................ złotych,

1. Oświadczamy, że na terenie Górnośląsko – Zagłębiowskiej Metropolii posiadamy:
2. Ilość placówek własnych…….
3. Ilość placówek ogółem …….
4. Oświadczamy, że na terenie Gliwic posiadamy placówkę własną, w której będą świadczone następujące usługi:

* Medycyna pracy,
* Konsultacje lekarzy następujących specjalizacji: lekarz medycyny rodzinnej, internista, chirurg, ortopeda, kardiolog, neurolog, ginekolog, okulista
* Usług diagnostycznych: EKG, USG jamy brzusznej, echokardiografia, badania psychotechniczne, USG Doppler, Cytologiczne.

1. Oświadczamy, że gwarantujemy / nie gwarantujemy\* w umowie **dostęp w ciągu 24 godzin** od zgłoszenia do wizyty / konsultacji u lekarzy pierwszego kontaktu: internisty, lekarza rodzinnego, pediatry, ginekologa - (w dniach od poniedziałku do soboty).
2. Oświadczamy, że przedmiot oferty jest **zgodny z przedmiotem zamówienia** a w cenie oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania zamówienia i realizacji przyszłego świadczenia umownego.
3. Oświadczamy, że **zapoznaliśmy się ze Specyfikacją** Warunków Zamówienia, w tym z projektem umowy oraz wszystkimi załącznikami do SWZ, akceptujemy wszystkie klauzule brokerskie zawarte w SWZ i nie wnosimy do nich żadnych zastrzeżeń oraz zdobyliśmy konieczne informacje do przygotowania oferty.
4. Oświadczamy, że uważamy się za **związanych ofertą** przez okres **30 dni** (bieg terminu od dnia upływu terminu składania ofert, przy czym pierwszym dniem terminu związania ofertą jest dzień, w którym upływa termin składania ofert. W przypadku wyboru naszej oferty podpiszemy umowę zgodnie z treścią przedstawioną przez Zamawiającego.
5. Oświadczamy, że osoby, które wykonują czynności wskazane w SWZ przez zamawiającego na postawie art. 95 uPZP zatrudniamy na podstawie **umowy o pracę**.
6. Oświadczamy, że deklarujemy osobiste wykonywanie przez Wykonawcę usług z zakresu Medycyny pracy (art. 121 ustawy PZP).
7. Oświadczamy, że:

\* wybór niniejszej oferty **nie będzie prowadził** do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług (Vat)

\* wybór niniejszej oferty **będzie prowadził** do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług (Vat). Powyższy obowiązek podatkowy będzie dotyczył: …………………………… objętych przedmiotem zamówienia, a ich wartość netto (bez kwoty podatku) będzie wynosiła ………………………… zł.

1. Oświadczamy, że w rozumieniu ustawy z dnia 6 marca 2018 r. - Prawo przedsiębiorców (t.j. Dz.U. 2024 poz. 236 ze zm.) Wykonawca jest:

**mikro** / **małym** / **średnim** / **dużym**\* przedsiębiorcą

*(W przypadku Wykonawców występujących wspólnie, należy wskazać dla każdego oddzielnie, tj. należy powyższe powielić powyższe oświadczenie odpowiednią liczbę razy, wskazując nazwę wykonawcy wspólnie ubiegającego się o zamówienie).*

1. Oświadczamy, że wypełniliśmy **obowiązki informacyjne** przewidziane w pkt XXV SWZ oraz 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) - **RODO,** wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskaliśmy w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu, a które są ujawnione w dokumentach przedstawionych Zamawiającemu.

*(W przypadku, gdy Wykonawca nie przekazuje danych osobowych innych niż bezpośrednio jego dotyczących lub zachodzi wyłączenie stosowania obowiązku informacyjnego, stosownie do art. 13 ust. 4 lub art. 14 ust. 5 RODO Wykonawca nie składa oświadczenia - treść oświadczenia należy usunąć np. przez jego wykreślenie).*

1. Oświadczamy, że jeśli – do upływu terminu związania ofertą nastąpią jakiekolwiek zmiany sytuacji w zakresie dotyczącym podmiotu składającego ofertę, natychmiast powiadomimy o nich na piśmie Zamawiającego.
2. Oświadczamy, że wszystkie załączniki stanowią integralną część oferty
3. Wraz z ofertą składamy następujące dokumenty i oświadczenia, o których mowa w pkt XIII SWZ.

**Pod groźbą odpowiedzialności karnej oświadczamy, iż wszystkie załączone do oferty dokumenty opisują stan faktyczny i prawny, aktualny na dzień otwarcia ofert (art. 297 KK ).**

*/podpis osoby uprawnionej do reprezentacji Wykonawcy w formie elektronicznej – podpis kwalifikowany lub podpis zaufany lub podpis osobisty/*

***(\*) niepotrzebne skreślić.***