**DZP/PN/72/2023**

**Załącznik nr 1 A do SWZ**

**Dane Wykonawcy:**

Nazwa, siedziba, adres Wykonawcy ………………………………………………………………………………

Imię i nazwisko, stanowisko osoby

reprezentującej Wykonawcę ……………………………………………………………………………….

Kraj ………………………………………………………………………………

REGON ………………………………………………………………………………

NIP ………………………………………………………………………………

Tel. ………………………………………………………………………………

adres poczty elektronicznej ………………………………………………………………………………

adres skrzynki ePUAP ………………………………………………………………………………

rodzaj złożonego podpisu pod ofertą

(kwalifikowany, zaufany, osobisty) ………………………………………………………………………………

**FORMULARZ OFERTOWY**

**W związku z ogłoszeniem postępowania o udzielenie zamówienia publicznego w trybie przetargu nieograniczonego na:**

**Usługa ubezpieczenia**

1.Oferujemy wykonywanie przedmiotu zamówienia w pełnym rzeczowym zakresie objętym specyfikacją warunków zamówienia na następujących warunkach:

**Pakiet nr 1**

**KRYTERIUM A – CENA (w całym okresie ubezpieczenia)**

……………………………… **zł brutto** słownie brutto: …………………………………………………zł

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa ryzyka** | **Wysokość składki na okres**  **12 m-cy** | **Wysokość składki na okres**  **36 m-cy** |
| 1 | Obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą |  |  |
| 2 | Dobrowolne ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej z tytułu prowadzenia działalności medycznej |  |  |
| 3 | Dobrowolne ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej z tytułu prowadzonej działalności i posiadanego mienia |  |  |
|  | **RAZEM** |  |  |

**Sumy gwarancyjne, sumy ubezpieczenia, limity, udziały własne i franszyzy zgodnie z SIWZ.**

**KRYTERIUM B – WARUNKI UBEZPIECZENIA**

**KLAUZULE ROZSZERZAJĄCE ZAKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa klauzuli** | **Liczba punktów za przyjęcie klauzuli** | **Przyjęta TAK/NIE** |
|  | Klauzula likwidatora szkód | 20 |  |
|  | Klauzula stempla bankowego | 10 |  |
|  | Klauzula obiegu dokumentów | 10 |  |

**Składka za ubezpieczenie zostanie rozłożona na 6 rat w każdym okresie polisowania.**

1. Wykonawcza oświadcza, że do oferty mają zastosowanie następujące Ogólne Warunki Ubezpieczenia:
2. Dobrowolne ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej z tytułu prowadzenia działalności medycznej

Obowiązujące OWU:……………………………………………………………,

1. Dobrowolne ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej z tytułu prowadzonej działalności i posiadanego mienia

Obowiązujące OWU:……………………………………………………………,

1. Wykonawca składając ofertę, informuje Zamawiającego, czy wybór oferty będzie prowadzić do powstania   
   u zamawiającego obowiązku podatkowego, wskazując nazwę (rodzaj) towaru lub usługi, których dostawa lub świadczenie będzie prowadzić do jego powstania, oraz wskazując ich wartość bez kwoty podatku.

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..………………

(W przypadku nie wystąpienia w/w sytuacji wpisać **„nie dotyczy”**)

Obowiązek złożenia oświadczenia w tej kwestii wynika z art. 225 ustawy – Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1129, z późn. zm.) jeżeli złożono ofertę, której wybór prowadziłby do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług, Zamawiający w celu oceny takiej oferty dolicza do przedstawionej w niej ceny podatek od towarów i usług, który miałby obowiązek rozliczyć.

1. Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego   
   w niniejszym postępowaniu.

4. Oświadczamy, że zamówienie w części dotyczącej ..................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

…………………………………………………………………..…………....................................................................................................

zostanie powierzone podwykonawcy. (W przypadku wykonania zamówienia samodzielnie wpisać **„nie dotyczy”**)

5. Oświadczamy, że przedstawione w ofercie dane potwierdzają aktualny stan prawny i faktyczny.

6. Oświadczamy, że reprezentowany przez nas podmiot jest:

**mikroprzedsiębiorstwem/małym/ średnim przedsiębiorstwem.\***

7. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się ze specyfikacją warunków zamówienia wraz z załącznikami i nie wnosimy do niej zastrzeżeń.

8. Oświadczamy, że projektowane postanowienia umowy zawarte we wzorze umowy zostały przez nas zaakceptowane. Zobowiązujemy się w przypadku wyboru naszej oferty, do zawarcia umowy na określonych w nim warunkach, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.

9. Oświadczamy, że czujemy się związani niniejszą ofertą przez czas wskazany w SWZ.

10. Upoważniamy następujące osoby do kontaktów z Zamawiającym na etapie realizacji umowy:

……………………………………………………………………………………………………………………………………

(proszę podać imię i nazwisko, tel. kontaktowy, adres email oraz **adres email do zgłaszania zapotrzebowań**).

…………..……………………………………………………………………………………

(Podpis/y osoby/osób uprawionej/nych do reprezentowania Wykonawcy)

Wykaz załączników do oferty:

1………………………………………………………………………..

2…………………………………………………………………………

3…………………………………………………………………………

4…………………………………………………………………………

Miejscowość, data ……………………………………………………………

### \* niepotrzebne skreślić