

Nr sprawy:D-46/2024

Załącznik Nr 2 do SWZ

Formularz oferty

Szpital Wielospecjalistyczny im. dr Ludwika Błazka w Inowrocławiu
ul. Poznańska 97
88-100 Inowrocław
REGON: 092358780

Dane dotyczące wykonawcy:

Pełna nazwa wykonawcy:
Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń ERGO Hestia SA; Przedstawicielstwo Korporacyjne w Toruniu

Adres (kod, miejscowość, ulica):
81-731 Sopot, ul. Hestii 1; ul. Grudziądzka 1,3, 87-100 Toruń

NIP:
585-000-16-90

Regon:
002892238

Tel/fax, e-mail
727025631/fax 56 6505550, e-mail:emilia.szumna@ergohestia.pl

Osoba upoważniona do kontaktu z zamawiającym:
Emilia Szumna, email: emilia.szumna@ergohestia.pl

Odpowiadając na ogłoszenie o przetargu w trybie nieograniczonym na:

**Ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej w zakresie prowadzonej działalności leczniczej
Szpitala Wielospecjalistycznego im. dr. Ludwika Błazka w Inowrocławiu.**

Część I

Ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej

Oferujemy:

wykonanie usług objętych zamówieniem, zgodnie z wymogami zawartymi w Specyfikacji Warunków Zamówienia, **za cenę łączną:**

składka brutto 36 miesiące) : 1 642 000,00 zł, słownie złotych jeden milion sześćset czterdzieści dwa tysiące złotych
00/100

Termin wykonania zamówienia: **36 miesiące.**

Akceptujemy następujące klauzule fakultatywne:

Termin wykonania zamówienia: **36 miesiące.**

Nr sprawy:D-46/2024

Część II

Dobrowolne ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej

- Dobrowolne ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone osobie trzeciej w następstwie udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych w związku z wykonywaniem przez zamawiającego działalności leczniczej

Oferujemy:

wykonanie usług objętych zamówieniem, zgodnie z wymogami zawartymi w Specyfikacji Warunków Zamówienia, za cenę łączną:

składka brutto 36 miesiące) : 289 800,00 zł, słownie złotych dwieście osiemdziesiąt dziewięć tysięcy osiemset złotych 00/100

Termin wykonania zamówienia: **36 miesiące**.

Akceptujemy następujące klauzule fakultatywne:

Klauzule fakultatywne	TAK/NIE	Liczba punktów za akceptację
klauzula podniesienia sumy gwarancyjnej	NIE	50
klauzula wypłaty funduszu prewencyjnego	NIE	50
Suma:		100

W kolumnie „Akceptacja” w wierszu dotyczącym akceptowanej klauzuli dodatkowej i innych postanowień szczególnych fakultatywnych proszę wpisać słowo „**Tak**” w przypadku przyjęcia danej klauzuli dodatkowej i innych postanowień szczególnych fakultatywnych lub słowo „**Nie**” w przypadku braku akceptacji. Brak słowa „**Tak**” lub „**Nie**” uznany zostanie jako niezaakceptowanie danej klauzuli fakultatywnej.

I. Oświadczamy, że:

- 1) zapoznaliśmy się ze specyfikacją warunków zamówienia i nie wnosimy do niej zastrzeżeń,
- 2) zdobyliśmy konieczne informacje dotyczące realizacji zamówienia oraz przygotowania i złożenia oferty,
- 3) uważamy się związani niniejszą ofertą przez okres wskazany przez Zamawiającego w specyfikacji warunków zamówienia,
- 4) W przypadku wybrania naszej oferty umowa ubezpieczenia zostanie zawarta na warunkach ubezpieczenia określonych w Załączniku nr 1 do SWZ „Opis Przedmiotu Zamówienia” zgodnie z wypełnionym Formularzem Oferty i Załącznikami do Formularza Oferty oraz „wzorce umowy” w miejscu i terminie określonym przez zamawiającego. W pozostałych kwestiach będą miały zastosowanie Ogólne Warunki Ubezpieczenia, które przedłożymy przed podpisaniem umowy: *(podać rodzaj warunków ubezpieczenia i datę uchwalenia/wejścia w życie)*
Ogólne Warunki Ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej lekarzy, farmaceutów i innych osób świadczących usługi o charakterze medycznym z dnia 24-09-2018 (OC/OW033/1809)
- 5) wyrażamy zgodę na:
 - a) ratąną płatność składki,
 - b) przyjęcie do ochrony wszystkich miejsc prowadzenia działalności,
 - c) przyjęcie wszystkich warunków wymaganych przez zamawiającego dla poszczególnych ryzyk ubezpieczeniowych wymienionych w załącznikach do specyfikacji.

Nr sprawy:D-46/2024

- d) na wystawianie polis na okres krótszy niż 1 rok. W takim przypadku składka roczna rozliczana będzie „co do dnia” za faktyczny okres ochrony. Nie ma zastosowania składka minimalna z polisy ubezpieczeniowej.
- 6) ~~powierzmy/nie powierzmy*~~ wykonanie zamówienia podwykonawcy. W zakresie
- 7) Dotyczy wykonawców działających w formie Towarzystwa Ubezpieczeń Wzajemnych*.
Składając ofertę ubezpieczenia w niniejszym postępowaniu oświadczam/-y, że:
- ➔ ~~w naszym statucie przewidujemy możliwość ubezpieczania osób nie będących członkami towarzystwa;~~
 - ➔ ~~Zamawiający nie będzie zobowiązany do udziału w pokrywaniu straty towarzystwa przez wnoszenie dodatkowej składki ubezpieczeniowej w całym okresie realizacji zamówienia, zgodnie z art. 44 ust. 2 Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej;~~
 - ➔ ~~składka przypisana Zamawiającemu w okresie realizacji zamówienia mieści się w 10% składki przypisanej towarzystwu przypadającej na osoby nie będące członkami towarzystwa, zgodnie z art. 44 ust. 3 Ustawy o działalności ubezpieczeniowej.~~

* - niepotrzebne skreślić

Załącznikami do niniejszej oferty są następujące dokumenty:

Lp.	Wyszczególnienie
1	JEDZ
2	Pełnomocnictwo
3	Oświadczenie wykonawcy ubiegającego się o udzielenie zamówienia

Zastrzeżenie:

Załączniki nr nie mogą być udostępnione, ponieważ zawierają informacje stanowiące tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji.

(.....)
Podpis(podpisy) osoby(osób) upoważnionej(ych)
do reprezentowania wykonawcy

Toruń, dnia 04.11.2024 r.