**K-ZP.381.39.2021.WB**

**Załącznik nr 1 do SWZ**

**FORMULARZ OFERTOWY**

|  |  |
| --- | --- |
| **Informacje dotyczące wykonawcy**  *(Identyfikacja wykonawcy):* | **Odpowiedź:** *(wypełnia wykonawca)* |
| Nazwa i adres pocztowy wykonawcy[[1]](#footnote-1): |  |
| Numer NIP:  Numer REGON:[[2]](#footnote-2) | [……]  [……] |
| Dane teleadresowe wykonawcy:  Adres pocztowy:  Telefon:  Adres e-mail: | [……]  [……]  [……] |
| Czy wykonawca jest: | mikroprzedsiębiorstwem [ ] Tak [ ] Nie  małym przedsiębiorstwem [ ] Tak [ ] Nie  średnim przedsiębiorstwem[ ] Tak [ ] Nie |
| Dane osoby upoważnionej do reprezentowania wykonawcy w postępowaniu:  Imię i nazwisko:  Stanowisko:  Podstawa umocowania: | [……]  [……]  [……]  [……] |
| Czy dokumentacje, z której wynika sposób reprezentacji wykonawcy (np. organ uprawniony do reprezentacji podmiotu) można uzyskać za pomocą bezpłatnych i ogólnodostępnych baz danych:  Jeżeli powyższe dane są dostępne w formie elektronicznej, proszę wskazać dane niezbędne do ich pobrania: | [ ] Tak, można uzyskać za pomocą bezpłatnych i ogólnodostępnych baz danych: W przypadku wyrażenia zgody dokumenty te pobrać można pod adresami: <https://prod.ceidg.gov.pl>; https://ems.ms.gov.pl;  W przypadku gdy dokumenty te dostępne są pod innymi adresami niż powyżej podać należy np. adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji, identyfikator wydruku: …………………………………………………  [ ] Nie |

W odpowiedzi na ogłoszenie o zamówieniu prowadzonym w trybie przetargu nieograniczonego pn.: **Grupowe ubezpieczenie pracowników Uniwersytetu Szczecińskiego oraz członków ich rodzin** niniejszym:

1. **SKŁADAMY** ofertę na wykonanie przedmiotu zamówienia zgodnie ze Specyfikacją Warunków Zamówienia.
2. **OŚWIADCZAMY,** że zapoznaliśmy się ze Specyfikacją Warunków Zamówienia i uznajemy się za związanych określonymi w niej postanowieniami i zasadami postępowania.
3. **OFERUJEMY** wykonanie przedmiotu zamówienia za:

Łączna wysokość składki ubezpieczeniowej na jednego Ubezpieczonego w wariancie Imiesięcznie

wynosi: ………..…. zł

(słownie): ……………………………………………………………………………………….

Łączna wysokość składki ubezpieczeniowej na jednego Ubezpieczonego w wariancieII miesięcznie wynosi: ………..…. zł

(słownie): ……………………………………………………………………………………….

**CENA OFERTY** = (wysokość miesięcznej składki w wariancie I x 790 + wysokość miesięcznej składki w wariancie II x 664 + wysokość miesięcznej składki x 36 m-cy = ………… zł

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **lp.** | **Zdarzenie objęte ochroną ubezpieczeniową** | **wariant I wysokość świadczenia (zł)** | **wariant II wysokość świadczenia (zł)** |
| 1 | Śmierć ubezpieczonego | 30.000 | 50.000 |
| 2 | Śmierć ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku | 60.000 | 100.000 |
| 3 | Śmierć ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego | 90.000 | 162.500 |
| 4 | Śmierć ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku przy pracy | 90.000 | 162.500 |
| 5 | Śmierć ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego przy pracy | 120.000 | 225.000 |
| 6 | Śmierć ubezpieczonego w wyniku zawału serca i krwotoku śródmózgowego | 60.000 | 87.500 |
| 7 | Trwały uszczerbek na zdrowiu ubezpieczonego powstały w wyniku zawału serca i krwotoku śródmózgowego. Za każdy 1% uszczerbku | 400 | 500 |
| 8 | Trwały uszczerbek na zdrowiu ubezpieczonego powstały w wyniku nieszczęśliwego wypadku. Za każdy 1% uszczerbku | 400 | 500 |
| 9 | Śmierć współmałżonka, partnera | 14.000 | 16.000 |
| 10 | Śmierć współmałżonka, partnera w wyniku nieszczęśliwego wypadku | 24.000 | 32.000 |
| 11 | Śmierć dziecka (bez limitu wiekowego) | 3.200 | 4.500 |
| **12** | Śmierć dziecka (bez limitu wiekowego) w wyniku nieszczęśliwego wypadku | 6.400 | 9.000 |
| 13 | Śmierć rodziców ubezpieczonego lub rodziców małżonka, partnera ubezpieczonego | 2.200 | 3.000 |
| **14** | Śmierć rodziców ubezpieczonego lub rodziców małżonka, partnera ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku | 4.400 | 6.000 |
| 15 | Urodzenie się dziecka | 1.200 | 1.800 |
| 16 | Urodzenie się martwego dziecka | 2.400 | 3.600 |
| 17 | Osierocenie dziecka przez ubezpieczonego- jednorazowe świadczenie dla każdego dziecka | 4.500 | 6.000 |
| 18 | Wystąpienie ciężkiej choroby – według katalogu ciężkich chorób zawartego w warunkach zamówienia | 3.000 | 6.000 |
| 19 | Leczenie szpitalne za każdy dzień leczenia z powodu:  -nieszczęśliwego wypadku  -nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego  -nieszczęśliwego wypadku przy pracy  -zawału serca i krwotoku śródmózgowego  Leczenie szpitalne za każdy dzień leczenia z powodów jw po 14 dniu | za pierwsze 14 dni | za pierwsze 14 dni |
| 200 | 300 |
| 250 | 375 |
| 250 | 375 |
| 200 | 300 |
| 50 | 75 |
| 20 | Leczenie szpitalne za każdy dzień leczenia z powodu choroby | 50 | 75 |
| 21 | Pobyt ubezpieczonego na OIT - świadczenie jednorazowe | 500 | 750 |
| 22 | Rekonwalescencja po pobycie w szpitalu na podstawie zwolnienia poszpitalnego (za każdy dzień) | 25 | 37,50 |
| 23 | Przeprowadzone operacje chirurgiczne wg klasy I – według katalogu operacji chirurgicznych zawartego w warunkach zamówienia | 2.500 | 5.000 |
| 24 | Przeprowadzone operacje chirurgiczne wg klasy II – według katalogu operacji chirurgicznych zawartego w warunkach zamówienia | 1.500 | 3.000 |
| 25 | Przeprowadzone operacje chirurgiczne wg klasy III – według katalogu operacji chirurgicznych zawartego w warunkach zamówienia | 500 | 1.000 |
| 26 | Karta apteczna | 200 | 200 |
| **27** | Leczenie specjalistyczne | 2.000 | 4.000 |
| **28** | Usługi medyczne (rehabilitacja) | tak | tak |
|  | Szacowana ilość ubezpieczonych | 790 | 664 |
|  | składka miesięczna (zł) |  |  |

**Warunki obligatoryjne**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **lp.** | **Opis klauzuli** | **wariant I** | **wariant II** |
| 1 | Zniesienie limitu wiekowego dla śmierci dziecka | tak | tak |
| 2 | Urodzenie dzieci w ciąży wielokrotnej – świadczenie płatne za każde dziecko | minimalna wartość świadczenia w zł 1.560 | minimalna wartość świadczenia w zł 2.340 |
| 3 | Urodzenie martwych dzieci w ciąży wielokrotnej – świadczenie płatne za każde martwo urodzone dziecko | minimalna wartość świadczenia w zł 3.120 | minimalna wartość świadczenia w zł 4.680 |
| 4 | Urodzenie wcześniaka (dziecko urodzone przed ukończeniem 37 tygodnia ciąży, z wagą poniżej 2,5kg) | minimalna wartość świadczenia w zł 1.560 | minimalna wartość świadczenia w zł 2.340 |
| 5 | Wypłata z tytułu urodzenia się martwego dziecka bez warunku czasu trwania ciąży. Warunkiem koniecznym dla realizacji świadczenia jest wydanie aktu martwego urodzenia się dziecka. | tak | tak |
| 6 | Pre-existing w opcji poważnego zachorowania dla osób dotychczas ubezpieczonych, pod warunkiem zachowania ciągłości pomiędzy dotychczasowym i nowym ubezpieczeniem- brak wyłączenia odpowiedzialności w stosunku do ciężkich chorób z powodu których rozpoczęto postępowanie diagnostyczno-lecznicze u ubezpieczonego przed początkiem odpowiedzialności, ale w okresie odpowiedzialności poprzedniego ubezpieczenia | tak | tak |
| 7 | Pre-existing w opcji pobytu w szpitalu w wyniku wypadku i choroby – włączona odpowiedzialność ubezpieczyciela (świadczenie będzie wypłacone nawet jeżeli wypadek lub choroba, będąca przyczyną pobytu w szpitalu, wydarzyły się lub zostały ujawnione wcześniej niż przed pierwszym dniem ubezpieczenia). Zapis dotyczy osób dotychczas ubezpieczonych i nieubezpieczonych. | tak | tak |
| 8 | Pre-existing w opcji operacje chirurgiczne – w wyniku wypadku i choroby – włączona odpowiedzialność ubezpieczyciela (świadczenie będzie wypłacone nawet jeżeli wypadek lub choroba, będąca przyczyną operacji, wydarzyły się lub zostały ujawnione wcześniej niż przed pierwszym dniem ubezpieczenia). Zapis dotyczy osób dotychczas ubezpieczonych i nieubezpieczonych**.** | tak | tak |
| 9 | Minimalny okres pobytu w szpitalu z tytułu nieszczęśliwego wypadku niezbędny do otrzymania świadczenia – **1 dzień** | tak | tak |
| 10 | Minimalny okres pobytu w szpitalu z tytułu choroby niezbędny do otrzymania świadczenia – **2 dni** | tak | tak |
| 11 | Bezpłatne udostępnienie platformy internetowej do obsługi ubezpieczenia ( funkcjonalność- rejestrowanie i wyrejestrowywanie ubezpieczonych, generowanie stanu ubezpieczonych osób, generowanie rozliczeń miesięcznych, informacja o wpłatach) | tak | tak |
| 12 | Możliwość przystąpienia osoby wcześniej ubezpieczonej w zakresie ubezpieczenia grupowego pod warunkiem zachowania ciągłości pomiędzy dotychczasowym i nowym ubezpieczeniem w zakładzie pracy, przebywającej w dniu podpisania deklaracji **na zwolnieniu lekarskim, świadczeniu rehabilitacyjnym lub w szpitalu.** | tak | tak |
| 13 | **Zniesienie karencji dla osób wcześniej ubezpieczonych u zamawiającego na cały zakres oferty przystępujących** od pierwszego, drugiego i trzeciego miesiąca zafunkcjonowania nowej umowy. | tak | tak |
| 14 | Zniesienie karencji dla osób dotychczas nieubezpieczonych - **pracowników, małżonków**, **dzieci** od pierwszego, drugiego i trzeciego miesiąca zafunkcjonowania nowej umowy na cały zakres oferty **oprócz ryzyka operacje chirurgiczne**. Zamawiający dopuszcza stosowanie karencji dla dotychczas nieubezpieczonych **partnerów** na warunkach zaproponowanych przez Wykonawcę. | tak | tak |
| 15 | Samobójstwo - uwzględnienie czasu odpowiedzialności z tytułu poprzedniej umowy ubezpieczenia do wymaganego minimalnego okresu stażu uprawniającego do wypłaty świadczenia wynoszącego 2 lata dla osób dotychczas ubezpieczonych pod warunkiem zachowania ciągłości pomiędzy dotychczasowym i nowym ubezpieczeniem | tak | tak |
| 16 | Wypłata pełnej kwoty świadczenia-**nie stosowanie zasady pomniejszania kwoty wypłaty** świadczenia z tytułu zgonu ubezpieczonego będącego następstwem choroby, nieszczęśliwego wypadku, o świadczenia wcześniej wypłacone z tytułu ciężkiej choroby, leczenia szpitalnego, operacji chirurgicznej, trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego będącego wynikiem tego samego nieszczęśliwego wypadku, | tak | tak |
| 17 | Ankiety medyczne - Wykonawca nie będzie żądał wypełniania ankiet medycznych lub oświadczeń o stanie zdrowia od pracowników przystępujących w dowolnym czasie. Dopuszcza się wypełnianie oświadczeń o stanie zdrowia **wyłącznie dla dotychczas nieubezpieczonych** małżonków, pełnoletnich dzieci oraz partnerów życiowych. | tak | tak |
| 18 | Gwarancja wypłaty świadczeń prostych (urodzenia, zgony rodziców i teściów)-3 dni w sytuacji dostarczenia kompletu dokumentów niezbędnych do realizacji świadczenia | tak | tak |
| 19 | Brak wyłączeń i ograniczeń wypłaty świadczeń z tytułu śmieci, ciężkiej choroby, leczenia szpitalnego, operacji chirurgicznej,  leczenia specjalistycznego, jeżeli zdarzenia miały pośredni lub bezpośredni związek z zachorowaniem na COVID-19 | tak | tak |

**Warunki fakultatywne:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| lp. | Zdarzenie objęte ochroną ubezpieczeniową | Ilość punktów za spełnienie warunku | Akceptacja klauzuli TAK/ |
| 1 | Wypłata świadczenia będzie realizowana **za każdą** wykonaną operację chirurgiczną objętą odpowiedzialnością ubezpieczyciela bez względu na ich ilość w ciągu roku polisowego (nie stosowanie zasady wyczerpywania się sumy ubezpieczenia) | 20 |  |
| 2 | Zmiana definicji krwotoku śródmózgowego na definicję udaru mózgu. t.j nagłe ogniskowe lub uogólnione zaburzenie czynności mózgu, prowadzące do trwałych ubytków neurologicznych ,wywołane wyłącznie przyczynami rozumianymi jako zamknięcie światła lub przerwanie ciągłości ściany naczynia mózgowego za wyjątkiem przyczyn naczyniowych wywołanych chorobą mózgu lub wywołanych czynnikami urazowymi.  Definicja będzie stosowana w ryzyku :  - zgon w wyniku udaru mózgu  - trwały uszczerbek w wyniku udaru mózgu,  - leczenie szpitalne (pobyt w szpitalu w wyniku udaru mózgu) | 2 |  |
|
|
|
|
| 3 | Rozszerzenie funkcjonalności platformy internetowej do obsługi ubezpieczenia o funkcję zgłaszania szkód | 1 |  |
| 4 | Zniżki na ubezpieczenia indywidualne - gwarancja przyznania pracownikom przystępującym do umowy zniżki w wysokości 10% na indywidualne ubezpieczenia majątkowe w życiu prywatnym ( minimalny zakres to zniżki na ubezpieczenia komunikacyjne - OC i AC i ubezpieczenie mieszkania). Korzystanie ze zniżek jest indywidualną i dobrowolną decyzją ubezpieczonego pracownika. | 2 |  |
| 5 | Odpowiedzialność za cięcie cesarskie jako operacja chirurgiczna klasy III | 5 |  |
| 6 | Dodatkowa oferta ochrony życia bez wymagania minimalnej partycypacji, świadczenia będą wypłacane niezależnie z każdej zawartej umowy | 5 |  |
| 7 | Dodatkowa oferta ubezpieczenia niepełnoletnich dzieci w zakresie następstw nieszczęśliwych wypadków uwzględniająca co najmniej ryzyko śmierci i trwałego uszczerbku na zdrowiu | 5 |  |

Składka za ubezpieczenie będzie opłacana z częstotliwością miesięczną.

Osoba/y do kontaktów z Zamawiającym odpowiedzialne za wykonanie umowy:

1. ………………………., telefon: ………………, e-mail: ………………….,

2. ………………………., telefon: ………………, e-mail: ………………….,

Termin realizacji: zgodnie z SWZ.

1. **OŚWIADCZAMY**, że numer rachunku rozliczeniowego wskazany we wszystkich fakturach, które będą wystawione w naszym imieniu, *jest rachunkiem/nie jest rachunkiem*\* dla którego zgodnie z Rozdziałem 3a ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. - *Prawo Bankowe* prowadzony jest rachunek VAT.
2. **UWAŻAMY SIĘ** za związanych niniejszą ofertą przez czas wskazany w specyfikacji warunków zamówienia, tj. przez okres 90 dni od upływu terminu składania ofert.
3. **OŚWIADCZAMY,** że zapoznaliśmy się z warunkami przetargu, uzyskaliśmy wszystkie informacje niezbędne do oszacowania ryzyka, przygotowania oferty i właściwego wykonania zamówienia oraz, że nie wnosimy żadnych zastrzeżeń do Specyfikacji Warunków Zamówienia wraz z wszystkimi załącznikami. Oświadczamy również, że zapoznaliśmy się z postanowieniami Umowy Generalnej i w pełni akceptujemy jej treść.

***\* Wpisać „X” we właściwy kwadrat***

1. **ZAMÓWIENIE ZREALIZUJEMY** sami/ **ZAMIERZAMY** powierzyć podwykonawcom wykonanie następujących części zamówienia *(niepotrzebne skreślić):*

Poniżej podajemy części zamówienia, których wykonanie zamierzamy powierzyć podwykonawcom oraz wykaz firm podwykonawców, którym wykonanie w/w części zamówienia:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| LP | Firma podwykonawcy | część zamówienia, której wykonanie zamierzamy powierzyć podwykonawcy |
| 1 |  |  |
| 2 |  |  |

Oświadczamy, że oferta **nie zawiera/ zawiera (właściwe podkreślić) informacji stanowiących tajemnicę przedsiębiorstwa** w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji. Informacje takie zawarte są w następujących dokumentach:

.................................................................................

.................................................................................

Uzasadnienie, iż zastrzeżone informacje stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa:

………………………………………………………………………………………………

**Uwaga! W przypadku braku wykazania, że informacje zastrzeżone stanowią tajemnice przedsiębiorstwa lub niewystarczającego uzasadnienia, informacje te zostaną uznane za jawne.**.

Oświadczam, że wypełniłem 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) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu- dotyczy/nie dotyczy.

Załącznikami do formularza oferty są:

1. Dokumenty wymagane zgodnie z *SWZ.*
2. Załączniki wymienione w *SWZ.*

.................................. , dnia ...................... …….……….........................................................

*(podpis Wykonawcy[[3]](#footnote-3))*

**Załącznik nr 3 do SIWZ**

**K-ZP.381.39.2021.WB**

Nazwa wykonawcy ...............................................................

Adres siedziby .......................................................................

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY**

(składane na wezwanie, o którym mowa w 126 ust. 1 PZP)

**O PRZYNALEŻNOŚCI LUB BRAKU PRZYNALEŻNOŚCI DO TEJ SAMEJ GRUPY KAPITAŁOWEJ**

Przystępując do postępowania o udzielenie zamówienia publicznego w trybie przetargu nieograniczonego pn. **„Grupowe ubezpieczenie pracowników Uniwersytetu Szczecińskiego oraz członków ich rodzin”** zgodnie z ustawą z dnia 11 września 2019 r. Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2019 r. poz. 2019)- dalej PZP niniejszym:

**□ OŚWIADCZAM/Y,** że należę/należymy do tej samej grupy kapitałowej w rozumieniu art. 108 ust. 1 pkt 5 PZP w skład której wchodzą następujące podmioty\*[[4]](#footnote-4):

|  |  |
| --- | --- |
| **Lp.** | **Lista podmiotów** |
| 1 |  |
| 2 |  |
| 3 |  |

**□ OŚWIADCZAM/Y,** że nie należę/należymy do grupy kapitałowej o której mowa w rozumieniu art. 108 ust. 1 pkt 5 PZP\*

**□ OŚWIADCZAM/Y,** że nie należę/należymy do żadnej grupy kapitałowej w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (Dz. U. z 2020 r. poz. 1076 i 1086)\*,

***\* zaznaczyć właściwy kwadrat***

.................................. , dnia ...................... …….……….........................................................

*(podpis Wykonawcy[[5]](#footnote-5))*

**Załącznik nr 5 do SWZ**

**K-ZP.381.39.2021.WB**

Nazwa wykonawcy ...............................................................

Adres siedziby .......................................................................

**WYKAZ USŁUG**

**(składany na wezwanie, o którym mowa w 126 ust. 1 PZP)**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot zamówienia** | **Wskazanie zakresu USŁUGI** | **Wartość zamówienia**  **Brutto** | **Termin realizacji**  **(od – do)** | **Ilość ubezpieczonych osób** | **Zamawiający** |
| **1.** |  |  |  |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |  |  |  |

.................................. , dnia ...................... …….……….........................................................

*(podpis Wykonawcy[[6]](#footnote-6))*

**Załącznik nr 4 do SWZ** **K-ZP.381.39.2021.WB**

Nazwa wykonawcy ...............................................................

Adres siedziby .......................................................................

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY**

(składane na wezwanie, o którym mowa w 126 ust. 1 PZP)

**o aktualności informacji zawartych w oświadczeniu, o którym mowa w art. 125 ust. 1 PZP, w zakresie podstaw wykluczenia z postępowania wskazanych przez zamawiającego, o których mowa w art. 108 ust. 1 pkt 3-6 PZP, oraz w art. 109 ust. 1 pkt 5-10 PZP**

Przystępując do postępowania o udzielenie zamówienia publicznego w trybie przetargu nieograniczonego pn. **„Grupowe ubezpieczenie pracowników Uniwersytetu Szczecińskiego oraz członków ich rodzin”** zgodnie z ustawą z dnia 11 września 2019 r. Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2019 r. poz. 2019)- dalej PZP niniejszym:

* **Oświadczam, że informacje przedstawione we wstępnym oświadczeniu złożonym wraz z ofertą, iż nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 108 ust 1 pkt 3-6 PZP pozostają aktualne na dzień złożenia niniejszego oświadczenia;**
* **Oświadczam, że informacje przedstawione we wstępnym oświadczeniu złożonym wraz z ofertą, iż nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 109 ust. 1 pkt 5,7,8,9 oraz 10 PZP pozostają aktualne na dzień złożenia niniejszego oświadczenia.**

.................................. , dnia ...................... …….……….........................................................

*(podpis Wykonawcy[[7]](#footnote-7))*

1. *W przypadku składania oferty przez podmioty występujące wspólnie podać nazwy (firmy) i dokładne adresy wszystkich członków konsorcjum lub spółki cywilnej.* [↑](#footnote-ref-1)
2. *W przypadku składania oferty przez podmioty występujące wspólnie numer NIP i REGON wszystkich członków konsorcjum lub spółki cywilnej.* [↑](#footnote-ref-2)
3. Wymagane podpisanie kwalifikowanym podpisem elektronicznym [↑](#footnote-ref-3)
4. W przypadku, gdy Wykonawca złoży oświadczenie o przynależności do tej samej grupy kapitałowej, dołącza do niego dokumenty lub informacje potwierdzające przygotowanie oferty, niezależnie od innego wykonawcy należącego do tej samej grupy kapitałowej [↑](#footnote-ref-4)
5. Wymagane podpisanie kwalifikowanym podpisem elektronicznym [↑](#footnote-ref-5)
6. Wymagane podpisanie kwalifikowanym podpisem elektronicznym [↑](#footnote-ref-6)
7. Wymagane podpisanie kwalifikowanym podpisem elektronicznym [↑](#footnote-ref-7)