



**Szpital Miejski św. Jana Pawła II w Elblągu**  
**ul. Komeńskiego 35 ; 82-300 Elbląg**

tel. 55 230-41-84 , fax. 55 230-41-50

[https://platformazakupowa.pl/pn/szpitalmiejski\\_elblagwww.szpitalspecjalistyczny.elblag.pl](https://platformazakupowa.pl/pn/szpitalmiejski_elblagwww.szpitalspecjalistyczny.elblag.pl) e-mail: [zamowienia@szpitalmiejski.elblag.pl](mailto:zamowienia@szpitalmiejski.elblag.pl)

Postępowanie w trybie przetargu nieograniczonego na obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą, dobrowolne ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej z tytułu posiadanego mienia oraz prowadzenia działalności zakładu opieki zdrowotnej, ubezpieczenia mienia od wszystkich ryzyk, ubezpieczenie sprzętu biurowego all risk, ubezpieczenie sprzętu medycznego all risk

Nr sprawy:  
ZP/49/2023

**Załącznik Nr 11**

## OFERTA

### ZAMAWIAJĄCY

Nazwa: <b>Szpital Miejski św. Jana Pawła II</b>	
Adres: <b>82-300 Elbląg, ul. Komeńskiego 35</b>	
NIP: 578-310-44-67	REGON: 281098840

### 1. WYKONAWCA / WYKONAWCY WSPÓLNIE UBIEGAJĄCY SIĘ O UDZIELENIE ZAMÓWIENIA

Nazwa: <b>TU INTER Polska S.A./ Oddział w Poznaniu</b>		
NIP: 547-02-06-285	REGON: 070024285	
Adres: Al. Jerozolimskie 142B		
Miejscowość: Warszawa	Kod pocztowy: 02-305	Województwo: mazowieckie
e-mail: milena.mania@interpolska.pl		Tel: +48 572 756 728
Adres do korespondencji: ul. Strzelecka 49, 61-846 Poznań		
Forma prowadzenia działalności przez Wykonawcę: <i>Zaznaczyć w odpowiednim miejscu. Kliknąć 2 x w oznaczany kwadrat, odznaczyć wartość domyślną: „zaznaczone”</i>	<input type="checkbox"/> MIKROPRZEDSIĘBIORSTWO * <input type="checkbox"/> MAŁE PRZEDSIĘBIORSTWO * <input checked="" type="checkbox"/> ŚREDNIE PRZEDSIĘBIORSTWO * <input type="checkbox"/> JEDNOOSOBOWA DZIAŁALNOŚĆ GOSPODARCZA * <input type="checkbox"/> OSOBA FIZYCZNA NIEPROWADZĄCA DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ * <input type="checkbox"/> INNY RODZAJ *	

### 2. WYKONAWCA / WYKONAWCY WSPÓLNIE UBIEGAJĄCY SIĘ O UDZIELENIE ZAMÓWIENIA

(Tabelę 2 należy wypełnić w przypadku składania oferty przez więcej niż jednego wykonawcę, konsorcja. W przypadku składania ofert przez większą ilość wykonawców, tabelę należy skopiować odpowiednio.)

Nazwa: -----		
NIP:	REGON:	
Adres:		
Miejscowość:	Kod pocztowy:	Województwo:
e-mail:		Tel:
Adres do korespondencji:		
Forma prowadzenia działalności przez Wykonawcę: <i>Zaznaczyć w odpowiednim miejscu. Kliknąć 2 x w oznaczany kwadrat, odznaczyć wartość domyślną: „zaznaczone”</i>	<input type="checkbox"/> MIKROPRZEDSIĘBIORSTWO * <input type="checkbox"/> MAŁE PRZEDSIĘBIORSTWO * <input type="checkbox"/> ŚREDNIE PRZEDSIĘBIORSTWO * <input type="checkbox"/> JEDNOOSOBOWA DZIAŁALNOŚĆ GOSPODARCZA * <input type="checkbox"/> OSOBA FIZYCZNA NIEPROWADZĄCA DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ * <input type="checkbox"/> INNY RODZAJ *	

- \* Mikroprzedsiębiorstwo: przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 10 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 2 mln €
- \* Małe przedsiębiorstwo: przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 50 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 10 mln €
- \* Średnie przedsiębiorstwo: przedsiębiorstwo, które nie jest mikroprzedsiębiorstwem ani małym przedsiębiorstwem i które zatrudniają mniej niż 250 osób i których roczny obrót nie przekracza 50 mln € lub roczna suma bilansowa nie przekracza 43 mln €.
- \* Jednoosobowa działalność gospodarcza : osoba fizyczna, która uzyskała wpis do ewidencji działalności gospodarczej poprzez posiadanie zezwolenia, licencji lub koncesji na prowadzenie określonej działalności
- \* Osoba fizyczna nieprowadząca działalności gospodarczej: osoba fizyczna występująca w obrocie jako konsument, niebędąca przedsiębiorcą.



**Szpital Miejski św. Jana Pawła II w Elblągu**  
**ul. Komeńskiego 35 ; 82-300 Elbląg**

tel. 55 230-41-84 , fax. 55 230-41-50

[https://platformazakupowa.pl/pn/szpitalmiejski\\_elblagwww.szpitalspecjalistyczny.elblag.pl](https://platformazakupowa.pl/pn/szpitalmiejski_elblagwww.szpitalspecjalistyczny.elblag.pl) e-mail: [zamowienia@szpitalmiejski.elblag.pl](mailto:zamowienia@szpitalmiejski.elblag.pl)

Postępowanie w trybie przetargu nieograniczonego na obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą, dobrowolne ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej z tytułu posiadanego mienia oraz prowadzenia działalności zakładu opieki zdrowotnej, ubezpieczenia mienia od wszystkich ryzyk, ubezpieczenie sprzętu biurowego all risk, ubezpieczenie sprzętu medycznego all risk

Nr sprawy:  
ZP/49/2023

W nawiązaniu do ogłoszenia o przetargu nieograniczonego na obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą, dobrowolne ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej z tytułu posiadanego mienia oraz prowadzenia działalności zakładu opieki zdrowotnej, ubezpieczenia mienia od wszystkich ryzyk, ubezpieczenie sprzętu biurowego all risk, ubezpieczenie sprzętu medycznego all risk, składamy ofertę na:

**Pakiet Nr 1**

- a) netto ..... zł słownie: .....  
- wysokość podatku VAT: .....  
b) brutto ..... zł słownie: .....

**Pakiet Nr 2**

- a) netto 236 541,00 zł słownie: dwieście trzydzieści sześć tysięcy pięćset czterdzieści jeden złotych zero groszy  
- wysokość podatku VAT: ----  
b) brutto 236 541,00 zł słownie: dwieście trzydzieści sześć tysięcy pięćset czterdzieści jeden złotych zero groszy

**Warunki płatności /przelew/:**

1. Płatność w jednomiesięcznych ratach rozłożonych proporcjonalnie do okresu obowiązywania umowy, płatne do 27-go dnia każdego miesiąca.
2. Raty w wysokości: ..... zł (pakiet Nr 1)
3. Raty w wysokości: 19 711,75 zł (pakiet Nr 2)
4. Wysokość odsetek za ewentualne nieterminowe płatności - nie wyższe niż ustawowe w skali roku

**Klauzule fakultatywne:**

**PAKIET NR 1**

L.P.	Nazwa klauzuli	Odpowiedź Wykonawcy TAK/NIE	Liczba punktów w przypadku odpowiedzi TAK
1	Klauzula płatności rat		15
2	Klauzula kosztów ewakuacji		20
3	Klauzula niezależnego arbitra		10
	<b>Łączna punktacja</b>		45

**PAKIET NR 2**

L.P.	Nazwa klauzuli	Odpowiedź Wykonawcy TAK/NIE	Liczba punktów w przypadku odpowiedzi TAK
1	Klauzula zaliczki na poczet odszkodowania	TAK	15
2	Klauzula płatności rat	TAK	15
3	Klauzula aktów terroryzmu	TAK	15
4	Klauzula kosztów ewakuacji	TAK	20
5	Klauzula poszukiwania wycieków	TAK	15
6	Klauzula niezależnego arbitra	NIE	10
7	Klauzula ubezpieczenia uderzenia przez pojazd ubezpieczającego	TAK	10



**Szpital Miejski św. Jana Pawła II w Elblągu**  
**ul. Komeńskiego 35 ; 82-300 Elbląg**

tel. 55 230-41-84 , fax. 55 230-41-50

[https://platformazakupowa.pl/pn/szpitalmiejski\\_elblagwww.szpitalspecjalistyczny.elblag.pl](https://platformazakupowa.pl/pn/szpitalmiejski_elblagwww.szpitalspecjalistyczny.elblag.pl) e-mail: [zamowienia@szpitalmiejski.elblag.pl](mailto:zamowienia@szpitalmiejski.elblag.pl)

Postępowanie w trybie przetargu nieograniczonego na obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą, dobrowolne ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej z tytułu posiadanego mienia oraz prowadzenia działalności zakładu opieki zdrowotnej, ubezpieczenia mienia od wszystkich ryzyk, ubezpieczenie sprzętu biurowego all risk, ubezpieczenie sprzętu medycznego all risk

Nr sprawy:  
ZP/49/2023

8	Klauzula ubezpieczenia urzędów zewnętrznych	TAK	10
9	Klauzula uproszczonej procedury likwidacji szkody o wartości do 5 000 zł	TAK	10
	<b>Łączna punktacja</b>	<b>110</b>	120

- Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z treścią Specyfikacji Warunków Zamówienia i nie wnosimy do niej zastrzeżeń oraz zdobyliśmy konieczne informacje do przygotowania oferty.
- Oświadczamy, że spełniamy wszystkie wymagania zawarte w **Załączniku nr 10 – Opis przedmiotu zamówienia**.
- Następujące części niniejszego zamówienia zamierzamy powierzyć następującym podwykonawcom:

Lp.	Nazwa części zamówienia	Firma podwykonawcy

- Oświadczamy, że zobowiązujemy się w przypadku realizacji zamówienia przy współudziale podwykonawców, do zawarcia umów z podwykonawcami zgodnie z postanowieniami art. 409 ustawy Prawo zamówień publicznych
- Oświadczamy, że zgodnie z art. 225 ustawy Pzp wybór naszej oferty (*zaznaczyć w odpowiednim miejscu. Kliknąć 2 x w oznaczony kwadrat, odznaczyć wartość domyślna: „zaznaczone”*):

- ☒ **Nie będzie** prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego, zgodnie z przepisami dotyczącymi podatku od towarów i usług,
- ☐ Będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego, zgodnie z przepisami dotyczącymi podatku od towarów i usług.

W związku z powyższym, oświadczamy, że świadczenie będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego to:

Lp.	Świadczenia(nazwa, rodzaj) będą prowadziły do powstania obowiązku podatkowego/ gdy nie dotyczy pozostawić bez wypełnienia	Wartość wskazanych towarów/usług bez podatku VAT

Jeżeli Wykonawca błędnie określi powstanie u Zamawiającego obowiązku podatkowego, Zamawiający zastosuje się do art. 17 ustawy z dnia 11 marca 2004 r. o podatku od towarów i usług (t.j. Dz. U. z 2023 r., poz. 1570).

- Zastrzeżenie Wykonawcy:


Niżej wymienione dokumenty składające się na ofertę nie mogą być ogólnie udostępnione:

.....

- Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO<sup>1</sup> wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>rozporządzenie 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).

<sup>2</sup>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 treści oświadczenia wykonawca nie składa (usunięcie treści oświadczenia np. przez jego wykreślenie).

	<p style="text-align: center;"><b>Szpital Miejski św. Jana Pawła II w Elblągu</b>  <b>ul. Komeńskiego 35 ; 82-300 Elbląg</b>  tel. 55 230-41-84 , fax. 55 230-41-50  <a href="https://platformazakupowa.pl/pn/szpitalmiejski_elblagwww.szpitalspecjalistyczny.elblag.pl">https://platformazakupowa.pl/pn/szpitalmiejski_elblagwww.szpitalspecjalistyczny.elblag.pl</a> e-mail: <a href="mailto:zamowienia@szpitalmiejski.elblag.pl">zamowienia@szpitalmiejski.elblag.pl</a></p> <p>Postępowanie w trybie przetargu nieograniczonego na obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą, dobrowolne ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej z tytułu posiadanego mienia oraz prowadzenia działalności zakładu opieki zdrowotnej, ubezpieczenia mienia od wszystkich ryzyk, ubezpieczenie sprzętu biurowego all risk, ubezpieczenie sprzętu medycznego all risk</p>	<p>Nr sprawy: ZP/49/2023</p>
--	---	----------------------------------

8. **Osobą upoważnioną do kontaktów** z Zamawiającym jest Pani/Pan milena.mania@interpolska.pl, telefon kontaktowy +48 572 756 728.

Poznań, dnia 17.11.2023

Ofertę podpisano podpisem elektronicznym przez osobę/y uprawnioną/e do reprezentowania Wykonawcy/Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia