 OFERTA

**Załącznik nr 1 do SIWZ**

**Zadanie 2 ubezpieczenie zdrowotne**

**(modyfikacja 36 na 24 miesiące)**

### Dane Wykonawcy:

Pełna nazwa: ............................................................................................................................................................................................  
............................................................................................................................................................................................

Adres: ............................................................................................................................................................................................  
............................................................................................................................................................................................

(kod, miejscowość, ulica, nr lokalu)

Tel.: .................................., email: ……………………………………………………………………..

1. Nawiązując do ogłoszonego postępowania w trybie przetargu nieograniczonego oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia zgodnie ze specyfikacją istotnych warunków zamówienia, za cenę:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Wariant | Pakiet | Prognozowana liczba pracowników przystępujących do ubezpieczenia | Miesięczna składka za jeden pakiet | Wartość miesięcznej składki | Okres ubezpieczenia w miesiącach | Cena ofertowa za 24 m-ce |
| kolumna 1 | kolumna 2 | kolumna 3 | kolumna 4 | kolumna 5 | kolumna 6 | kolumna 7 |
|  |  |  |  | (kolumna 3  x kolumna 4) |  | (kolumna 5  x kolumna 6) |
| Podstawowy | Indywidualny | 320 |  |  | 24 |  |
| Partnerski | 65 |  |  | 24 |  |
| Rodzinny | 22 |  |  | 24 |  |
| Rozszerzony | Indywidualny | 22 |  |  | 24 |  |
| Partnerski | 12 |  |  | 24 |  |
| Rodzinny | 6 |  |  | 24 |  |
| Kompleksowy | Indywidualny | 26 |  |  | 24 |  |
| Partnerski | 4 |  |  | 24 |  |
| Rodzinny | 2 |  |  | 24 |  |
| Razem: | | | | | |  |

1. Oferujemy następujące fakultatywne warunki ubezpieczenia – klauzule dodatkowe:

|  |  |
| --- | --- |
| Klauzule dodatkowe proponowane przez Zamawiającego (nieobowiązkowe) wg opisu z Rozdziału V Szczegółowego Opisu Przedmiotu Zamówienia | Klauzule dodatkowe oferowane przez Wykonawcę |
| K6 - Klauzula Zabiegów ambulatoryjnych | tak  nie |
| K7 - Klauzula E-wizyty | tak  nie |
| K8 - Klauzula Wizyt domowych | tak  nie |
| K9 – Klauzula Rehabilitacji narządów ruchu | tak  nie |
| K10 – Klauzula rozszerzenia wieku | tak  nie |

1. Oświadczamy, że jesteśmy związani niniejszą ofertą na czas wskazany w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia.
2. Do wykonania przez podwykonawców deklarujemy wykonanie następującej części zamówienia:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa podwykonawcy/adres (jeżeli dotyczy) | Zakres zlecanych prac |
|  |  |  |

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.

|  |  |
| --- | --- |
| ……………………………………………..  Data | …………………………………………….. podpis uprawnionego przedstawiciela wykonawcy |

Załączniki:  
Pełnomocnictwo jeżeli dotyczy

Dowód wniesienia wadium