**Wykonawca:**

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

*(pełna nazwa/firma, adres)*

- adres e-mail : ……….……………..

**FORMULARZ OFERTOWY**

Działając w imieniu i na rzecz Wykonawcy, w związku z ubieganiem się przez Wykonawcę o udzielenie zamówienia w postępowaniu prowadzonym w trybie w trybie podstawowym z możliwości negocjacji na:

**„Ubezpieczenie mienia i odpowiedzialności cywilnej Gminy Czarna, jednostek organizacyjnych Gminy Czarna oraz następstw nieszczęśliwych wypadków członków OSP w Gminie Czarna”,** oferujemy wykonanie usług objętych przedmiotem zamówienia zgodnie z wymogami zawartymi w Specyfikacji Warunków Zamówienia (dalej „SWZ”) za łączną składkę :

**…………………………….. PLN**

zł.

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

w tym podatek VAT: .......... %

Jednocześnie poniżej przedstawiamy wysokość składek, stawek oraz akceptujemy następującej klauzule fakultatywne (**brak wpisania „TAK” lub „NIE” oznacza brak akceptacji danej klauzuli fakultatywnej**):

W kryterium **Serwis Posprzedażowy** **[ SP ]:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Kryterium**  **Serwis Posprzedażowy [SP]** | Akceptacja – proszę wpisać TAK  Brak akceptacji – proszę wpisać NIE  Brak wpisania TAK lub NIE oznacza 0 pkt. | Ilość punktów możliwych do uzyskania |
|  | Klauzula funduszu prewencyjnego |  | 10 |
|  | Klauzula dedykowanego likwidatora |  | 10 |

**Ubezpieczenie Następstw Nieszczęśliwych Wypadków Członków OSP –**

**– FORMA BEZIMIENNA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **składka ogółem**  **za wszystkich ubezpieczonych i wszystkie Jednostki i wszystkie Drużyny OSP – FORMA BEZIMIENNA** | **od 27.02.2024 r.**  **do 26.02.2026 r.** | |
| **PLN** | |
| **Składka roczna za:**  **1 Ubezpieczonego**  **lub**  **1 Drużynę**  **lub**  **1 Jednostkę**  z uwzględnieniem klauzul obligatoryjnych oraz fakultatywnych | **PLN** | **Składka dotyczy\*** |
| 1 Ubezpieczonego\*  1 Drużyny\*  1 Jednostki\* |

\*właściwe zaznaczyć

W kryterium **Klauzule fakultatywne [ Z ]:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa dodatkowej klauzuli fakultatywnej**  **FORMA BEZIMIENNA** | **Akceptacja –**  **proszę wpisać TAK**  **brak akceptacji –**  **proszę wpisać NIE** | **Ilość punktów pomocniczych możliwych do uzyskania** |
|  | Klauzula diety szpitalnej |  | 10 |
|  | Klauzula niezawiadomienia w terminie o szkodzie |  | 7 |
|  | Klauzula zasiłku dziennego |  | 10 |

**Ubezpieczenie osób wykonujących prace społecznie użyteczne**

|  |  |
| --- | --- |
| **składka ogółem** za wszystkich Ubezpieczonych | **od 27.02.2024 r.**  **do 26.02.2026 r.** |
| **PLN** |
| **Składka roczna za 1 Ubezpieczonego** z uwzględnieniem klauzul obligatoryjnych oraz zaakceptowanych klauzul fakultatywnych | **PLN** |

W kryterium **Klauzule fakultatywne [ Z ]:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa dodatkowej klauzuli fakultatywnej** | **Akceptacja –**  **proszę wpisać TAK**  **brak akceptacji –**  **proszę wpisać NIE** | **Ilość punktów pomocniczych możliwych do uzyskania** |
|  | Klauzula diety szpitalnej |  | 10 |
|  | klauzula niezawiadomienia w terminie o szkodzie |  | 7 |
|  | Klauzula zasiłku dziennego |  | 10 |

1. Oświadczamy, że uważamy się za związanych niniejszą ofertą przez czas wskazany w pkt.17 SWZ,
2. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się ze SWZ i nie wnosimy do niej zastrzeżeń.
3. Oświadczamy, że uzyskaliśmy informacje niezbędne do przygotowania oferty i właściwego wykonania zamówienia oraz przyjmujemy warunki określone w SWZ.
4. Oświadczamy, że zamówienie wykonamy w terminie do 26.02.2026 r.
5. Oświadczamy, że zawarty w SWZ Wzór postanowień umowy Załącznik nr 8.3 do SWZ został przez nas zaakceptowany i zobowiązujemy się w przypadku wyboru naszej oferty do zawarcia umowy/ów na wyżej wymienionych warunkach w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
6. Oświadczamy, że informacje zawarte w ofercie na stronach nr od …… do …… (lub w pkt … oświadczenia Wykonawcy, że nie podlega wykluczeniu oraz spełnia warunki udziału w postępowaniu) stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji.\*
7. Jednocześnie w załączeniu przekazujemy informację z wykazaniem, że zastrzeżone informacje stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa.\*
8. Oświadczamy, że (dotyczy Towarzystw Ubezpieczeń Wzajemnych):
9. w naszym statucie przewidujemy możliwość ubezpieczania osób nie będących członkami towarzystwa;
10. Zamawiający (Ubezpieczający/Ubezpieczony) są osobami nie będącymi członkami towarzystwa i nie będą zobowiązane do udziału w pokrywaniu straty towarzystwa przez wnoszenie dodatkowej składki ubezpieczeniowej w całym okresie realizacji zamówienia, zgodnie z art. 111 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (t.j. Dz.U. 2023 poz. 656), dalej „ustawa o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej”);
11. składka przypisana Zamawiającemu (jednostkom Zamawiającego) w okresie realizacji zamówienia mieści się w 10% składki przypisanej towarzystwu przypadającej na osoby nie będące członkami towarzystwa, zgodnie z art. 111 ust. 3 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.
12. Oświadczamy, iż w razie wyboru naszej oferty jako najkorzystniejszej w Postępowaniu i zawarcia umowy/ów w sprawie zamówienia, warunki zaoferowane Zamawiającemu będą przez cały okres trwania umowy/ów dostępne również dla wskazanych przez niego wszystkich Ubezpieczonych   
    w ramach niniejszego postępowania.
13. Zamawiający zobowiązuje się do zapłaty składki w terminie 30 dni kalendarzowych liczonych od początku okresu ubezpieczenia dla danej polisy ubezpieczeniowej.
14. Niniejszą ofertę składamy na …… kolejno ponumerowanych stronach.
15. Następujące części niniejszego zamówienia powierzamy podwykonawcom:

|  |  |
| --- | --- |
| L.p. | Nazwa części zamówienia |
|  |  |
|  |  |

1. Nazwy Firm, które będą realizowały usługi wyszczególnione w pkt. 12\* (o ile są znane Wykonawcy):

|  |  |
| --- | --- |
| L.p. | Nazwa podwykonawcy |
|  |  |
|  |  |

1. Osobami uprawnionymi do reprezentowania naszej firmy są / imię i nazwisko oraz stanowisko /:

* …………………………………………. - …………………………………………………..
* …………………………………………. - …………………………………………………..

1. Prawo do reprezentacji wynika z:

* ………………………………………….………………………………………….
* ………………………………………….………………………………………….

1. Wszelką korespondencję w sprawie przedmiotowego postępowania należy kierować na poniższy adres: Imię i nazwisko (nazwa): …………………..……………. Tel.: …………….….……. Faks: ……..…...…….…..e-mail: ………………………….
2. Numer rachunku Wykonawcy na które zostanie przelane wynagrodzenie za wykonany przedmiot zamówienia: …………………………………………………… .
3. W przypadku, o którym mowa w ust. 2 i 3 art. 117 ustawy Pzp Wykonawcy wspólnie ubiegający się o udzielenie zamówienia dołączają odpowiednie do oferty oświadczenie, z którego wynika, które usługi wykonują poszczególni Wykonawcy.
4. Oświadczam, że jesteśmy (zaznaczyć właściwe):

mikro przedsiębiorstwem\*\*

małym przedsiębiorstwem\*\*

średnim przedsiębiorstwem\*\*

jednoosobową działalnością gospodarczą

osobą fizyczną nieprowadzącą działalność gospodarczą

inny rodzaj

\*\**W rozumieniu ustawy z dnia 6 marca 2018r. Prawo przedsiębiorców (tekst jednolity* [*Dz.U. z 2021 r. poz. 162*](https://www.google.com/search?client=firefox-b-d&q=Dz.U.+z+2021+r.+poz.+162&stick=H4sIAAAAAAAAAONgVuLUz9U3sLQ0zypaxCrhUqUXqqdQpWBkYGSoUKSnUJBfpadgaGYEABsD8JooAAAA&sa=X&ved=2ahUKEwipooXMiJH2AhUOt4sKHYkkAlcQmxMoAXoECC0QAw)*).*

1. **Oświadczamy, że do poszczególnych ubezpieczeń stanowiących przedmiot zamówienia będą miały zastosowanie wymienione poniżej warunki ubezpieczenia:**
   1. ………………………………………….………………………………………….
   2. ………………………………………….………………………………………….
   3. ………………………………………….………………………………………….
2. Załącznikami do niniejszego formularza ofertowego są:
3. ………………………………………….………………………………………….
4. ………………………………………….………………………………………….
5. ………………………………………….………………………………………….

\**Niepotrzebne skreślić.*

\*\***Mikroprzedsiębiorstwo**: przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 10 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 2 milionów EUR., **Małe przedsiębiorstwo:** przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 50 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 10 milionów EUR. **Średnie przedsiębiorstwo:** przedsiębiorstwo, które nie są mikroprzedsiębiorstwami ani małymi przedsiębiorstwami i które zatrudniają mniej niż 250 osób i których roczny obrót nie przekracza 50 milionów EUR lub roczna suma bilansowa nie przekracza 43 milionów EUR. **Duże przedsiębiorstwo: inne niż w/w wymienione.**