Załącznik nr 2

**FORMULARZ OFERTY NA USŁUGĘ OBOWIĄZKOWEGO UBEZPIECZENIA**

**ODPOWIEDZIALNOŚCI CYWILNEJ BADACZA I SPONSORA**

**WARSZAWSKIEGO UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO**

**SWZ NR 111/2021/WUM**

**PAKIET I**

1. Nazwa i adres Wykonawcy (ubezpieczyciela):

…..........................................................................................................................................

1. Adres poczty elektronicznej Wykonawcy (ubezpieczyciela):

…..........................................................................................................................................

1. Cena ostateczna oferty (słownie) w całym okresie ubezpieczenia

…..........................................................................................................................................

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa ryzyka**  | **Wysokość składki za cały okres trwania badania** |
| 1 | Obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej podmiotu badacza i sponsora***Tytuł badania: Ocena skuteczności miejscowego leczenia budezonidem dzieci z chorobą Leśniowskiego-Crohna z lokalizacją w przełyku i(lub) żołądku i(lub) dwunastnicy*** |  |

1. Sumy gwarancyjne, sumy ubezpieczenia, limity, udziały własne i franszyzy zgodnie z SWZ

**KLAUZULE ROZSZERZAJĄCE ZAKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|   | **Liczba pkt. przypisana klauzuli** | **Przyjęta TAK/NIE** |
| 1. Klauzula stempla bankowego
 | nie dotyczy | obligatoryjna |
| 1. Klauzula obiegu dokumentów
 | nie dotyczy | obligatoryjna |
| 1. Klauzula reprezentantów
 | 20 |  |
| 1. Klauzula likwidatora szkód
 | 20 |  |

1. Składka za ubezpieczenie płatna jednorazowo.
2. Wykonawca oświadcza, że zapoznał się z warunkami postępowania, uzyskał wszystkie informacje niezbędne do oszacowania ryzyka, przygotowania oferty i właściwego wykonania zamówienia oraz, że nie wnosi żadnych zastrzeżeń do Specyfikacji Warunków Zamówienia wraz z wszystkimi załącznikami. Wykonawca oświadcza również, że zapoznał się z postanowieniami Umowy Generalnej i w pełni akceptuje jej treść.
3. Wykonawca oświadcza, że jest związany niniejszą ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.
4. Wykonawcza oświadcza, że do oferty mają zastosowanie następujące Ogólne Warunki Ubezpieczenia:

- Obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej podmiotu badacza i sponsora Obowiązujące OWU:……………………………………………………………,

9.Następujące części zamówienia zostaną powierzone podwykonawcom:

***(Wykonawca wypełnia – o ile dotyczy):***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Części zamówienia, której wykonanie Wykonawca powierzy podwykonawcom** | **Nazwa firmy** |
|  |  |  |

10.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.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| …......................................, | …......................... | …...................................................... |
| Miejscowość | Data | Podpis i pieczęć Wykonawcy |

\*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).

Załącznik nr 3

**FORMULARZ OFERTY NA USŁUGĘ OBOWIĄZKOWEGO UBEZPIECZENIA**

**ODPOWIEDZIALNOŚCI CYWILNEJ BADACZA I SPONSORA**

**WARSZAWSKIEGO UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO**

**SWZ NR 111/2021/WUM**

**PAKIET II**

1. Nazwa i adres Wykonawcy (ubezpieczyciela):

…..........................................................................................................................................

1. Adres poczty elektronicznej Wykonawcy (ubezpieczyciela):

…..........................................................................................................................................

1. Cena ostateczna oferty (słownie) w całym okresie ubezpieczenia

…..........................................................................................................................................

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa ryzyka**  | **Wysokość składki za cały okres trwania badania** |
| 1 | Obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej podmiotu badacza i sponsora***Tytuł badania : Zastosowanie leukocytarnej fibryny bogatopłytkowej jako stymulatora procesu angiogenezy u chorych poddawanych rewaskularyzacji z powodu krytycznego niedokrwienia kończyn dolnych*** |  |

1. Sumy gwarancyjne, sumy ubezpieczenia, limity, udziały własne i franszyzy zgodnie z SWZ

**KLAUZULE ROZSZERZAJĄCE ZAKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|   | **Liczba pkt. przypisana klauzuli** | **Przyjęta TAK/NIE** |
| 1. Klauzula stempla bankowego
 | nie dotyczy | obligatoryjna |
| 1. Klauzula obiegu dokumentów
 | nie dotyczy | obligatoryjna |
| 1. Klauzula reprezentantów
 | 20 |  |
| 1. Klauzula likwidatora szkód
 | 20 |  |

1. Składka za ubezpieczenie płatna jednorazowo.
2. Wykonawca oświadcza, że zapoznał się z warunkami postępowania, uzyskał wszystkie informacje niezbędne do oszacowania ryzyka, przygotowania oferty i właściwego wykonania zamówienia oraz, że nie wnosi żadnych zastrzeżeń do Specyfikacji Warunków Zamówienia wraz z wszystkimi załącznikami. Wykonawca oświadcza również, że zapoznał się z postanowieniami Umowy Generalnej i w pełni akceptuje jej treść.
3. Wykonawca oświadcza, że jest związany niniejszą ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.
4. Wykonawcza oświadcza, że do oferty mają zastosowanie następujące Ogólne Warunki Ubezpieczenia:

- Obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej podmiotu badacza i sponsora Obowiązujące OWU:……………………………………………………………,

9.Następujące części zamówienia zostaną powierzone podwykonawcom:

***(Wykonawca wypełnia – o ile dotyczy):***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Części zamówienia, której wykonanie Wykonawca powierzy podwykonawcom** | **Nazwa firmy** |
|  |  |  |

10.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.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| …......................................, | …......................... | …...................................................... |
| Miejscowość | Data | Podpis i pieczęć Wykonawcy |

\*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).

Załącznik nr 4

**FORMULARZ OFERTY NA USŁUGĘ OBOWIĄZKOWEGO UBEZPIECZENIA**

**ODPOWIEDZIALNOŚCI CYWILNEJ BADACZA I SPONSORA**

**WARSZAWSKIEGO UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO**

**SWZ NR 111/2021/WUM**

**PAKIET III**

1. Nazwa i adres Wykonawcy (ubezpieczyciela):

…..........................................................................................................................................

1. Adres poczty elektronicznej Wykonawcy (ubezpieczyciela):

…..........................................................................................................................................

1. Cena ostateczna oferty (słownie) w całym okresie ubezpieczenia

…..........................................................................................................................................

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa ryzyka**  | **Wysokość składki za cały okres trwania badania** |
| 1 | Obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej podmiotu badacza i sponsora***Tytuł badania :*** Zastosowanie limfocytów CAR-T antyCD19 w niskich dawkachw leczeniu dorosłych chorych na nawrotową i oporną ostrą białaczkę limfoblastycznąi chłoniaka Burkitta. Badanie kliniczne fazy I/II (MERMAID1)**Tytuł badania oczekujący na akceptację ABM:** Zastosowanie limfocytów CAR T anty-CD19w leczeniu ostrej białaczki limfoblastycznej B-komórkowej Ph(-) MRD(+).Badanie kliniczne fazy I/II (MERMAID1) |  |

1. Sumy gwarancyjne, sumy ubezpieczenia, limity, udziały własne i franszyzy zgodnie z SWZ

**KLAUZULE ROZSZERZAJĄCE ZAKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|   | **Liczba pkt. przypisana klauzuli** | **Przyjęta TAK/NIE** |
| 1. Klauzula stempla bankowego
 | nie dotyczy | obligatoryjna |
| 1. Klauzula obiegu dokumentów
 | nie dotyczy | obligatoryjna |
| 1. Klauzula reprezentantów
 | 20 |  |
| 1. Klauzula likwidatora szkód
 | 20 |  |

1. Składka za ubezpieczenie płatna jednorazowo.
2. Wykonawca oświadcza, że zapoznał się z warunkami postępowania, uzyskał wszystkie informacje niezbędne do oszacowania ryzyka, przygotowania oferty i właściwego wykonania zamówienia oraz, że nie wnosi żadnych zastrzeżeń do Specyfikacji Warunków Zamówienia wraz z wszystkimi załącznikami. Wykonawca oświadcza również, że zapoznał się z postanowieniami Umowy Generalnej i w pełni akceptuje jej treść.
3. Wykonawca oświadcza, że jest związany niniejszą ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.
4. Wykonawcza oświadcza, że do oferty mają zastosowanie następujące Ogólne Warunki Ubezpieczenia:

- Obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej podmiotu badacza i sponsora Obowiązujące OWU:……………………………………………………………,

9.Następujące części zamówienia zostaną powierzone podwykonawcom:

***(Wykonawca wypełnia – o ile dotyczy):***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Części zamówienia, której wykonanie Wykonawca powierzy podwykonawcom** | **Nazwa firmy** |
|  |  |  |

10.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.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| …......................................, | …......................... | …...................................................... |
| Miejscowość | Data | Podpis i pieczęć Wykonawcy |

\*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).

Załącznik nr 5

**FORMULARZ OFERTY NA USŁUGĘ OBOWIĄZKOWEGO UBEZPIECZENIA**

**ODPOWIEDZIALNOŚCI CYWILNEJ BADACZA I SPONSORA**

**WARSZAWSKIEGO UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO**

**SWZ NR 111/2021/WUM**

**PAKIET IV**

1. Nazwa i adres Wykonawcy (ubezpieczyciela):

…..........................................................................................................................................

1. Adres poczty elektronicznej Wykonawcy (ubezpieczyciela):

…..........................................................................................................................................

1. Cena ostateczna oferty (słownie) w całym okresie ubezpieczenia

…..........................................................................................................................................

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa ryzyka**  | **Wysokość składki za cały okres trwania badania** |
| 1 | Obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej podmiotu badacza i sponsora***Tytuł badania :*** Niekomercyjne i nierandomizowane badanie interwencyjne fazy 2a. oceniające skuteczność produktu leczniczego kryzotynib w terapii dzieci z ciężką postacią neurofibromatozy typu 2., w szczególności niepoddających się leczeniu chirurgicznemu oraz/lub radioterapii |  |

1. Sumy gwarancyjne, sumy ubezpieczenia, limity, udziały własne i franszyzy zgodnie z SWZ

**KLAUZULE ROZSZERZAJĄCE ZAKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|   | **Liczba pkt. przypisana klauzuli** | **Przyjęta TAK/NIE** |
| 1. Klauzula stempla bankowego
 | nie dotyczy | obligatoryjna |
| 1. Klauzula obiegu dokumentów
 | nie dotyczy | obligatoryjna |
| 1. Klauzula reprezentantów
 | 20 |  |
| 1. Klauzula likwidatora szkód
 | 20 |  |

1. Składka za ubezpieczenie płatna jednorazowo.
2. Wykonawca oświadcza, że zapoznał się z warunkami postępowania, uzyskał wszystkie informacje niezbędne do oszacowania ryzyka, przygotowania oferty i właściwego wykonania zamówienia oraz, że nie wnosi żadnych zastrzeżeń do Specyfikacji Warunków Zamówienia wraz z wszystkimi załącznikami. Wykonawca oświadcza również, że zapoznał się z postanowieniami Umowy Generalnej i w pełni akceptuje jej treść.
3. Wykonawca oświadcza, że jest związany niniejszą ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.
4. Wykonawcza oświadcza, że do oferty mają zastosowanie następujące Ogólne Warunki Ubezpieczenia:

- Obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej podmiotu badacza i sponsora Obowiązujące OWU:……………………………………………………………,

9.Następujące części zamówienia zostaną powierzone podwykonawcom:

***(Wykonawca wypełnia – o ile dotyczy):***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Części zamówienia, której wykonanie Wykonawca powierzy podwykonawcom** | **Nazwa firmy** |
|  |  |  |

10.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.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| …......................................, | …......................... | …...................................................... |
| Miejscowość | Data | Podpis i pieczęć Wykonawcy |

\*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).

Załącznik nr 6

**FORMULARZ OFERTY NA USŁUGĘ OBOWIĄZKOWEGO UBEZPIECZENIA**

**ODPOWIEDZIALNOŚCI CYWILNEJ BADACZA I SPONSORA**

**WARSZAWSKIEGO UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO**

**SWZ NR 111/2021/WUM**

**PAKIET V**

1. Nazwa i adres Wykonawcy (ubezpieczyciela):

…..........................................................................................................................................

1. Adres poczty elektronicznej Wykonawcy (ubezpieczyciela):

…..........................................................................................................................................

1. Cena ostateczna oferty (słownie) w całym okresie ubezpieczenia

…..........................................................................................................................................

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa ryzyka**  | **Wysokość składki za cały okres trwania badania** |
| 1 | Obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej podmiotu badacza i sponsora***Tytuł badania :*** Wieloośrodkowe badanie kliniczne 2 fazy oceniające bezpieczeństwo i skuteczność skojarzenia sargramostimu ze schematem D-VCd (daratumumab, bortezomib,cyklofosfamid, deksametazon) u nieleczonych pacjentów z amyloidozą łańcuchów lekkich (badanie STARLIHGT). |  |

1. Sumy gwarancyjne, sumy ubezpieczenia, limity, udziały własne i franszyzy zgodnie z SWZ

**KLAUZULE ROZSZERZAJĄCE ZAKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|   | **Liczba pkt. przypisana klauzuli** | **Przyjęta TAK/NIE** |
| 1. Klauzula stempla bankowego
 | nie dotyczy | obligatoryjna |
| 1. Klauzula obiegu dokumentów
 | nie dotyczy | obligatoryjna |
| 1. Klauzula reprezentantów
 | 20 |  |
| 1. Klauzula likwidatora szkód
 | 20 |  |

1. Składka za ubezpieczenie płatna jednorazowo.
2. Wykonawca oświadcza, że zapoznał się z warunkami postępowania, uzyskał wszystkie informacje niezbędne do oszacowania ryzyka, przygotowania oferty i właściwego wykonania zamówienia oraz, że nie wnosi żadnych zastrzeżeń do Specyfikacji Warunków Zamówienia wraz z wszystkimi załącznikami. Wykonawca oświadcza również, że zapoznał się z postanowieniami Umowy Generalnej i w pełni akceptuje jej treść.
3. Wykonawca oświadcza, że jest związany niniejszą ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.
4. Wykonawcza oświadcza, że do oferty mają zastosowanie następujące Ogólne Warunki Ubezpieczenia:

- Obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej podmiotu badacza i sponsora Obowiązujące OWU:……………………………………………………………,

9.Następujące części zamówienia zostaną powierzone podwykonawcom:

***(Wykonawca wypełnia – o ile dotyczy):***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Części zamówienia, której wykonanie Wykonawca powierzy podwykonawcom** | **Nazwa firmy** |
|  |  |  |

10.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.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| …......................................, | …......................... | …...................................................... |
| Miejscowość | Data | Podpis i pieczęć Wykonawcy |

\*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).

Załącznik Nr 8

SWZ NR 111/2021/WUM

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

Nazwa Wykonawcy

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

Imię i nazwisko składającego oświadczenie

# OŚWIADCZENIE WYKONAWCY

Składane na podstawie z art. 125 ust.1 ustawy Prawo zamówień publicznych (Dz.U. z 2019 r. ze zm.) dalej ustawy Pzp oświadczam, że:

1. spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez Zamawiającego w SWZ;
2. nie podlegam/podlegam\* wykluczeniu z postępowania na podstawie przesłanek zawartych
w art. 108 ust. 1 ustawy Pzp;

\*\*Podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 108 ust. 1 pkt 1, 2, 5 ustawy Pzp. Jednocześnie oświadczam, że w związku z ww. okolicznością, na podstawie art. 110 ust. 2 ustawy Pzp podjąłem następujące środki naprawcze:

 .............................................................………………………………………………………

1. Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu określone na podstawie art. 112 ust. 2 pkt 2 Pzp wskazane przez Zamawiającego w SWZ w zakresie posiadania uprawnień do prowadzenia określonej działalności gospodarczej lub zawodowej.\* tj. posiadam zezwolenie na wykonywanie działalności ubezpieczeniowej w zakresie wszystkich grup ryzyk objętych przedmiotem zamówienia, o których mowa w Ustawie z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz.U. z 2020 r. ze zm.). \*\*\*

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższych oświadczeniach są aktualne
i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

*\*niewłaściwe skreślić*

*\*\*wypełnić jeśli podlega*

*\*\*\* W przypadku gdy Wykonawca rozpoczął działalność przed wejściem w życie Ustawy z dnia 28 lipca 1990 r. o działalności ubezpieczeniowej (Dz. U. Nr 59, poz. 344 ze zm.) składa na wezwanie Zamawiającego jeżeli jego oferta została najwyżej oceniona zaświadczenie wydane przez Ministra Finansów o posiadaniu zgody na wykonywanie działalności ubezpieczeniowej.*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ........................................., | ............................ | ......................................................... |
| miejscowość | data | podpis Wykonawcy |

Załącznik Nr 14

SWZ NR 111/2021/WUM

Nazwa Wykonawcy:

…………………………………

Adres siedziby:

………………………………..

**WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE CZĘŚCI POUFNEJ SWZ**

Zwracam się z wnioskiem o udostępnienie części SWZ objętej poufnością w celu przygotowania oferty udzielenia zamówienia publicznego dla postępowania SWZ NR 111/2021/WUM na adres poczty elektronicznej ………………………. .

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

 (podpis osoby składającej wniosek)