**Załącznik nr 3** do SIWZ - Formularz Oferty

**Oferta**

**Zamawiający:**

Regionalny Szpital Specjalistyczny

im. dr. Władysława Biegańskiego

ul. Rydygiera 15/17,

86-300 Grudziądz

W nawiązaniu do ogłoszenia o zamówieniu, w związku z prowadzonym w trybie przetargu nieograniczonego postępowaniem na „Grupowe ubezpieczenie na życie dla pracowników Regionalnego Szpitala Specjalistycznego im. dr Wł. Biegańskiego w Grudziądzu i członków ich rodzin” opublikowanego w Dzienniku Urzędowym UE Nr ........................................ z dnia ................................... ,

my niżej podpisani:

**Wykonawca 1**: ...........................................................................................................................................

adres ul. .....................................................................................................................................................

kod ......................................... miasto .............................................................. kraj .................................

nr telefonów ............................................................... nr faksu .................................................................

NIP .............................................................................. REGON .................................................................

**Wykonawca 2\***: ….....................................................................................................................................

adres ul. …..................................................................................................................................................

kod ......................................... miasto .............................................................. kraj .................................

nr telefonów ............................................................... nr faksu .................................................................

NIP .............................................................................. REGON .................................................................

**Pełnomocnik\*** do reprezentowania Wykonawców ubiegających się wspólnie o udzielenie Zamówienia,
np. Lider Konsorcjum

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

adres ul. …........………….............................................................................................................................

kod ......................................... miasto .............................................................. kraj .................................

nr telefonów ............................................................... nr faksu .................................................................

NIP .............................................................................. REGON .................................................................

1. **OŚWIADCZAMY**, iż zapoznaliśmy się z treścią Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia (SIWZ) i uznajemy się za związanych określonymi w niej postanowieniami i zasadami postępowania oraz zdobyliśmy konieczne informacje potrzebne do prawidłowego przygotowania oferty.
2. **OFERUJEMY** gotowość do wykonania Zamówienia na warunkach określonych w SIWZ, ze szczególnym uwzględnieniem faktu, że składka ubezpieczeniowa i wysokość świadczeń są elementami podlegającymi ocenie zgodnie z kryteriami oceny ofert. Wskazana wysokość składek ubezpieczeniowych jest wartością maksymalną. **Oferty zakładające wysokość składek wyższą ponad zakładane maksimum, odrzucone zostaną jako nie spełniające wymogów SIWZ. Wskazana wysokość świadczeń jest wartością minimalną. Oferty zakładające wysokość świadczeń niższą od oczekiwanych, odrzucone zostaną jako nie spełniające wymogów SIWZ.**
3. **OŚWIADCZAMY**, że:
	* 1. zapoznaliśmy się z projektem umowy przedstawionym w SIWZ i zobowiązujemy się w przypadku wyboru naszej oferty do zawarcia umowy na warunkach w nim określonych, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego,
		2. wyrażamy zgodę na warunki płatności określone w projekcie umowy,
		3. zobowiązujemy się zrealizować zamówienie w terminach i na warunkach określonych w SIWZ i Ogólnych (szczególnych) Warunkach Ubezpieczenia.
4. **UWAŻAMY SIĘ** za związanych niniejszą ofertą przez czas wskazany wSIWZ, czyli przez okres
**60 dni**, licząc od terminu składania ofert.
5. **ZAMÓWIENIE ZREALIZUJEMY** sami\*\*/przy udziale podwykonawców\*\*, którzy będą wykonywać następujące prace wchodzące w zakres przedmiotu Zamówienia:
	1. ..................................... (zakres prac, które będzie wykonywać podwykonawca)\*\*\*,
	2. ..................................... (zakres prac, które będzie wykonywać podwykonawca)\*\*\*,
	3. ..................................... (zakres prac, które będzie wykonywać podwykonawca)\*\*\*.
6. **WSZELKĄ KORESPONDENCJĘ** w sprawie niniejszego Postępowania należy kierować na adres:

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

1. **WADIUM** w kwocie ..................................,- zł. zostało wniesione dnia .............................. w formie .............................................................................. (zgodnie z pkt. 9. SIWZ).
2. **OŚWIADCZAMY**, iż za wyjątkiem informacji zawartych w ofercie na stronach nr od **…..** do **…..**, oraz w dokumentach złożonych wraz z ofertą na stronach nr od **…..** do **…..**  niniejsza oferta oraz wszelkie załączniki są jawne i nie zawierają informacji stanowiących tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji.
3. **OFERUJEMY** wykonanie przedmiotu Zamówienia na poniższych warunkach:
	1. **CENA:**

Cena (składka) łączna za 60-miesięczny okres ubezpieczenia:

.......................................................................................... PLN

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

Stawka VAT: zwolniony

**Szczegółowe wyliczenie ceny (składki):**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Rodzaj wariantu ubezpieczenia** | **składka minimalna za osobę ubezpieczoną dla tego wariantu** | **Miesięczna składka za osobę ubezpieczoną****oferowana przez Wykonawcę** | **Liczba osób przyjęta na potrzeby kalkulacji składki1** | **Okres ubezpieczenia w miesiącach** | **Składka łączna za okres realizacji zamówienia****(kolumna c x d x e)** |
| **a** | **b** | **c** | **d** | **e** | **f** |
| Wariant 1 | 58,70 zł |  | 591 | 60 |  |
| Wariant 2 | 69,50 zł |  | 579 | 60 |  |
| Wariant 3 | 82,70 zł |  | 677 | 60 |  |
| **Cena (składka) łączna za 60-miesięczny okres ubezpieczenia (suma pozycji w komunie f)** |  |

1 liczby wskazane w tabeli odpowiadają liczbie ubezpieczonych w ramach poszczególnych wariantów według stanu na dzień 01.10.2018r.

* 1. **WYSOKOŚĆ ŚWIADCZEŃ:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Rodzaj zdarzenia ubezpieczeniowego** | **Minimalne oczekiwane wysokości świadczeń** | **Wysokości świadczeń oferowane przez Wykonawcę** |
| **Wariant 1** | **Wariant 2** | **Wariant 3** | **Wariant 1** | **Wariant 2** | **Wariant 3** |
| **1** | Śmierć Ubezpieczonego | **40 000 zł** | **45 000 zł** | **60 000 zł** |  |  |  |
| **2** | Śmierć Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku | **80 000 zł** | **90 000 zł** | **120 000 zł** |  |  |  |
| **3** | Śmierć Ubezpieczonego w następstwie wypadku przy pracy | **130 000 zł** | **160 000 zł** | **190 000 zł** |  |  |  |
| **4** | Śmierć Ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego | **130 000 zł** | **160 000 zł** | **190 000 zł** |  |  |  |
| **5** | Śmierć Ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego przy pracy | **180 000 zł** | **230 000 zł** | **260 000 zł** |  |  |  |
| **6** | Śmierć Ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu | **65 000 zł** | **75 000 zł** | **95 000 zł** |  |  |  |
| **7** | Śmierć współmałżonka lub partnera życiowego | **12 000 zł** | **12 000 zł** | **17 000 zł** |  |  |  |
| **8** | Śmierć współmałżonka lub partnera życiowego w następstwie nieszczęśliwego wypadku | **24 000 zł** | **25 000 zł** | **32 000 zł** |  |  |  |
| **9** | Śmierć rodziców lub teściów | **1 600 zł** | **2 250 zł** | **2 500 zł** |  |  |  |
| **10** | Śmierć dziecka | **2 500 zł** | **3 000 zł** | **3 500 zł** |  |  |  |
| **11** | Urodzenie się dziecka | **1 200 zł** | **1 350 zł** | **1 500 zł** |  |  |  |
| **12** | Urodzenie martwego dziecka | **2 400 zł** | **2 700 zł** | **3 000 zł** |  |  |  |
| **13** | Osierocenie dziecka | **3 500 zł** | **4 000 zł** | **4 500 zł** |  |  |  |
| **14** | Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku (za 1% uszczerbku) | **400 zł** | **450 zł** | **500 zł** |  |  |  |
| **15** | Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego w zawału serca lub udaru mózgu(za 1% uszczerbku) | **350 zł** | **400 zł** | **450 zł** |  |  |  |
| **16** | Niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji | **10 000 zł** | **12 000 zł** | **15 000 zł** |  |  |  |
| **17** | Poważne zachorowanie / ciężka choroba Ubezpieczonego (wariant rozszerzony) | **4 500 zł** | **5 000 zł** | **6 500 zł** |  |  |  |
| **18** | Poważne zachorowanie / ciężka choroba współmałżonka Ubezpieczonego (wariant podstawowy) | **2 500 zł** | **3 000 zł** | **4 000 zł** |  |  |  |
| **19** | Pobyt Ubezpieczonego na OIOM | **450 zł** | **500 zł** | **550 zł** |  |  |  |
| **20** | Rekonwalescencja Ubezpieczonego | **22,50 zł /** dziennie | **25 zł /** dziennie | **27,50 zł /** dziennie |  |  |  |
| **21** | Specjalistyczne leczenie | **2 500 zł** | **3 000 zł** | **4 000 zł** |  |  |  |
| **22** | Wykonanie operacji chirurgicznej I klasy | **4 000 zł** | **4 000 zł** | **5 000 zł** |  |  |  |
| **23** | Wykonanie operacji chirurgicznej II klasy | **2 000 zł** | **2 000 zł** | **2 500 zł** |  |  |  |
| **24** | Wykonanie operacji chirurgicznej III klasy | **1 200 zł** | **1 200 zł** | **1 500 zł** |  |  |  |
| **25** | Wykonanie operacji chirurgicznej IV klasy | **400 zł** | **400 zł** | **500 zł** |  |  |  |
| **26** | Wykonanie operacji chirurgicznej V klasy | **200 zł** | **200 zł** | **250 zł** |  |  |  |
| **27** | Karta apteczna / Zasiłek apteczny | **Prawo do odbioru w aptece produktów o wartości 200 zł** | **Prawo do odbioru w aptece produktów o wartości 300 zł** | **Prawo do odbioru w aptece produktów o wartości 350 zł** |  |  |  |
| **Dzienne świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu do 14 dni** |
| **28** | Leczenie Ubezpieczonego w szpitalu w związku z chorobą | **45 zł** | **50 zł** | **55 zł** |  |  |  |
| **29** | Leczenie Ubezpieczonego w szpitalu w związku z zawałem serca lub udarem mózgu | **67,50 zł** | **75 zł** | **82,50 zł** |  |  |  |
| **30** | Leczenie Ubezpieczonego w szpitalu w związku z doznanymi obrażeniami ciała w następstwie nieszczęśliwego wypadku | **112,50 zł** | **125 zł** | **137,50 zł** |  |  |  |
| **31** | Leczenie Ubezpieczonego w szpitalu w związku z doznanymi obrażeniami ciała w następstwie wypadku komunikacyjnego  | **135 zł** | **150 zł** | **165 zł** |  |  |  |
| **32** | Leczenie Ubezpieczonego w szpitalu w związku z doznanymi obrażeniami ciała w następstwie wypadku przy pracy  | **135 zł** | **150 zł** | **165 zł** |  |  |  |
| **33** | Leczenie Ubezpieczonego w szpitalu w związku z doznanymi obrażeniami ciała w następstwie wypadku komunikacyjnego przy pracy  | **157,50 zł** | **175 zł** | **192,50 zł** |  |  |  |
| **Dzienne świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu powyżej 14 dni** |
| **34** | Leczenie Ubezpieczonego w szpitalu w związku z chorobą  | **45 zł** | **50 zł** | **55 zł** |  |  |  |
| **35** | Leczenie Ubezpieczonego w szpitalu w związku z doznanymi obrażeniami ciała w następstwie nieszczęśliwego wypadku  | **45 zł** | **50 zł** | **55 zł** |  |  |  |

1. Na potrzeby oceny wielkości przedsiębiorstwa w kategoriach: mikro, małe, średnie - (Informacje są wymagane wyłącznie do celów statystycznych)
* **OŚWIADCZAMY,** że jesteśmy: ……………………………………………. przedsiębiorcą.
1. **OŚWIADCZAMY**, że wypełniliśmy obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO[[1]](#endnote-1) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.\*\*\*

 *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).*

\*definicje przedsiębiorstw:

**średnie przedsiębiorstwo** – średnie przedsiębiorstwo to przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 250 pracowników oraz jego roczny obrót nie przekracza 50 milionów euro lub całkowity bilans roczny nie przekracza 43 milionów euro;

1. **małe przedsiębiorstwo** – małe przedsiębiorstwo to przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 50 pracowników oraz jego roczny obrót nie przekracza 10 milionów euro lub całkowity bilans roczny nie przekracza 10 milionów euro;
2. **mikroprzedsiębiorstwo** - mikroprzedsiębiorstwo to przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 10 pracowników oraz jego roczny obrót nie przekracza 2 milionów euro lub całkowity bilans roczny nie przekracza 2 milionów euro.
3. **Oświadczamy,** że załącznikami do niniejszej oferty są:
4. ......................................................
5. ......................................................
6. ......................................................

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

 miejscowość, data podpis upełnomocnionego przedstawiciela Wykonawcy

\* wypełniają jedynie Wykonawcy wspólnie ubiegający się o udzielenie Zamówienia

\*\* niepotrzebne skreślić

\*\*\* uzupełnić

1. *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).*  [↑](#endnote-ref-1)