|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa Wykonawcy (Wykonawców) |  |
| adres Wykonawcy (Wykonawców) |  |

**FORMULARZ OFERTOWY**  **CZĘŚĆ 1**

**Oświadczenia Wykonawcy**

1. Zapoznaliśmy się z warunkami udzielenia zamówienia publicznego na **usługę ubezpieczenia Zespołu Opieki Zdrowotnej w Łowiczu (3 CZĘŚCI) w zakresie Części 1** zawartymi w Specyfikacji Warunków Zamówienia **i nie wnosimy do nich zastrzeżeń.**
2. **Oferujemy ubezpieczenie** Zespołu Opieki Zdrowotnej w Łowiczu **zgodnie z warunkami określonymi w Załączniku nr 2 do SWZ jako ZAKRES MINIMALNY** (obligatoryjny) **oraz dodatkowo w zakresie preferowanym** zgodnie z wypełnionymi przez nas tabelami w części „PREFEROWANY ZAKRES UBEZPIECZENIA” niniejszego Formularza ofertowego.
3. Termin realizacji zamówienia: **36 miesięcy**.
4. Wskazane w niniejszym Formularzu ofertowym **OWU lub inne wzorce umowy** będą mieć **zastosowanie do zawartej umowy** **tylko w kwestiach nieuregulowanych** **w SWZ**, a w odniesieniu do zakresu preferowanego w kwestiach nieokreślonych w niniejszym Formularzu ofertowym. **W przypadku sprzeczności** treści OWU lub innych wzorców umowy z postanowieniami określonymi w SWZ lub w Formularzu ofertowym **strony związane są postanowieniami określonymi w SWZ lub w Formularzu ofertowym**.
5. Jeżeli w treści OWU znajdują się postanowienia dotyczące szerszego zakresu ochrony niż opisany w SWZ i w złożonej ofercie, to automatycznie zostają one włączone do ochrony ubezpieczeniowej. Uregulowanie to nie dotyczy rozszerzeń podstawowego zakresu ochrony (o dodatkowe klauzule), wynikającego z OWU, które nie zostały przez Zamawiającego wymienione jako ryzyka objęte zakresem ubezpieczenia.
6. Wszystkie podane sumy ubezpieczenia, sumy gwarancyjne, limity i podlimity (o ile inaczej nie wynika z przepisów prawa lub nie zostało to inaczej opisane) stanowią limit odpowiedzialności Ubezpieczyciela, odnoszący się do rocznego okresu ubezpieczenia na jedno i wszystkie zdarzenia/wypadki ubezpieczeniowe.
7. Stawki lub składki (gdy brak stawki) określone przez Wykonawcę w Formularzu ofertowym pozostaną bez zmian przez cały okres obowiązywania umowy. W przypadku ubezpieczenia o innym niż podany w SWZ okresie ubezpieczenia składka zostanie wyliczona proporcjonalnie do ilości dni udzielonej ochrony bez stosowania składki minimalnej.
8. Informujemy, że uważamy się za związanych niniejszą ofertą w okresie wskazanym w SWZ.
9. Akceptujemy treść wzoru umowy stanowiącą **Załącznik nr 3a do SWZ** i zobowiązujemy się w przypadku wygrania przetargu do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
10. Wybór naszej oferty nie będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego.

*Uwaga: jeżeli wybór oferty będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego należy skreślić powyższe oświadczenie i przedłożyć wykaz zawierający nazwę usługi, której świadczenie będzie prowadzić do jego powstania oraz jej wartość bez kwoty podatku.*

1. Wypełniliśmy obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 rozporządzenia 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), dalej „RODO”, wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskaliśmy w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu lub zachodzi wyłączenie stosowania obowiązku informacyjnego, stosownie do art. 13 ust. 4 lub art. 14 ust. 5 RODO.
2. Wykonawca:

*jest mikroprzedsiębiorstwem bądź małym lub średnim przedsiębiorstwem,*

*nie jest mikroprzedsiębiorstwem bądź małym lub średnim przedsiębiorstwem.*

Do grupy tej zaliczane są przedsiębiorstwa: które ***zatrudniają mniej niż 250*** *osób i których* ***roczny obrót nie przekracza 50 milionów EUR*** *lub* ***roczna suma bilansowa nie przekracza 43 milionów EUR****.*

1. **Oferta nie zawiera informacji/zawiera informacje\*** stanowiące/ych **tajemnicę przedsiębiorstwa** w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji.

zawiera,

nie zawiera.

*\*(Jeżeli Wykonawca nie zakreśli żadnej z powyższych opcji, Zamawiający przyjmie, że oferta nie zawiera informacji stanowiących tajemnicę przedsiębiorstwa).*

1. Oświadczenie Wykonawcy o powierzeniu części zamówienia podwykonawcom, (*jeśli dotyczy uzupełnić tabelkę*)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***Lp.*** | ***Nazwa firmy podwykonawcy*** | ***Rodzaj części zamówienia, której wykonanie wykonawca zamierza powierzyć podwykonawcom*** | ***Wartość lub procentowa cześć, jaka ewentualnie zostanie zlecona*** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. Osobą uprawnioną do kontaktu z Zamawiającym jest:

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i Nazwisko |  |
| nr telefonu/e-mail |  |
| adres do korespondencji |  |

**UWAGA: Prosimy o wypełnienie wszystkich okien.**

1. **KRYTERIUM - CENA**

**A. Ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej**

**Łączna składka** przedstawionej oferty dla **CZĘŚCI 1** za wskazany w SWZ **3-LETNI** okres ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej **Zespołu Opieki Zdrowotnej w Łowiczu** wynosi:

|  |
| --- |
|  |

**zł brutto,** w tym VAT zwolniony i płatna będzieprzelewem, w odniesieniu do rocznych okresów ubezpieczenia w 12 równych ratach – płatnych co miesiąc odpowiednio do 20-go dnia miesiąca, przy czym termin płatności I raty winien przypadać nie wcześniej niż 15 dni po dniu wystawienia polisy. W przypadku, gdy termin płatności ostatniej raty wykraczałby zgodnie z powyższym poza okres ubezpieczenia, uznaje się jako termin płatności ostatni dzień okresu ubezpieczenia.

**Łączna cena/składka jest sumą cen/składek za poszczególne rodzaje ubezpieczeń:**

**A.1. Obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą -** suma gwarancyjna**:** równowartość w złotych 100.000 euro na jedno zdarzenie i 500.000 euro na wszystkie zdarzenia w rocznym okresie ubezpieczenia

składka za **roczny** okres ubezpieczenia wynosi:

|  |
| --- |
|  |

składka za **3-LETNI** okres ubezpieczenia wynosi:

|  |
| --- |
|  |

**A.2. Dobrowolne ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej z tytułu prowadzonej działalności oraz posiadania mienia z wyłączeniem szkód osobowych będących następstwem udzielania bądź zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych** – suma gwarancyjna **800.000 zł** na jedno i wszystkie zdarzenia w rocznym okresie ubezpieczenia.

składka za **roczny** okres ubezpieczenia wynosi:

|  |
| --- |
|  |

składka za **3-LETNI** okres ubezpieczenia wynosi:

|  |
| --- |
|  |

**A.3. Dobrowolne ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej za szkody będące następstwem udzielania bądź zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych – suma gwarancyjna 1.500.000 zł** na jedno i wszystkie zdarzenia w rocznym okresie ubezpieczenia.

składka za **roczny** okres ubezpieczenia wynosi:

|  |
| --- |
|  |

składka za **3-LETNI** okres ubezpieczenia wynosi:

|  |
| --- |
|  |

1. **KRYTERIUM – PREFEROWANY ZAKRES UBEZPIECZENIA**

**KLAUZULE**

* *Wykonawca obowiązany jest* ***wypełnić kolumnę „2”****, wpisując słowo „TAK” albo „NIE”.*
* *W przypadku akceptacji Klauzuli /Ryzyka z zakresu preferowanego w treści opisanej w SWZ prosimy o wpisanie słowa „TAK” w kolumnie „2”*
* *W przypadku odrzucenia Klauzuli /Ryzyka z zakresu preferowanego w treści opisanej w SWZ prosimy o wpisanie słowa „NIE” w kolumnie „2”.*
* *Klauzula przyjęta w treści opisanej w SWZ otrzyma liczbę punktów wskazaną w kolumnie „3” poniższej tabel dla danej klauzuli.*
* *Brak akceptacji klauzuli/ryzyka w treści SWZ spowoduje nieprzyznanie punktów.*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 |
| **Klauzule** | **Akceptujemy w treści opisanej w SWZ**  ***Proszę wpisać „TAK” albo „NIE”*** | **Max liczba punktów możliwych do uzyskania** |
| Kosztów ochrony  (dotyczy pkt A2 i A3) |  | 5 |
| Funduszu prewencyjnego  (dotyczy pkt A1, A2 i A3) |  | 40 |
| Szkód wynikłych z niedotrzymania terminów  (dotyczy pkt A3) |  | 5 |
| Szkód wynikłych z braku lub niewłaściwego zabezpieczenia (dotyczy pkt A3) |  | 5 |
| Interwencji ubocznej  (dotyczy pkt A1, A2 i A3) |  | 10 |
| Zniżki za dobry przebieg ubezpieczenia  (dotyczy pkt A1, A2 i A3) |  | 20 |
| Realizacji odsetek  (dotyczy pkt A1, A2 i A3) |  | 10 |
| Realizacji wyroku  (dotyczy pkt A1, A2 i A3) |  | 5 |
| RAZEM: | | **100** |

W kwestiach nieuregulowanych w SWZ lub niniejszym Formularzu ofertowym do umowy będą mieć zastosowanie poniżej wymienione karty produktu, OWU lub inne wzorce umowy

*(Należy podać symbol lub inne oznaczenie karty produktu, OWU lub innego wzorca umowy)*

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

**Załączniki do Formularza ofertowego *(uzupełnić jeśli dotyczy):***

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

*(****Wymagane oświadczenia lub dokumenty,*** *wymienione w rozdziale VIII SWZ, nie są przez Zamawiającego uważane za Załączniki do Formularza ofertowego)*