Załącznik nr 2 do SWZ

Numer postępowania: ZP/115/055/U/21

FORMULARZ OFERTY

Zamawiający: Politechnika Gdańska
ul. G. Narutowicza 11/12
80-233 Gdańsk

Nawiązując do ogłoszenia o zamówieniu prowadzonym w trybie podstawowym bez negocjacji pn:
Ubezpieczenie kosztów leczenia i usługi assistance, ubezpieczenie następstw nieszczęśliwych wypadków oraz odpowiedzialności cywilnej, ubezpieczenia bagażu, kosztów leczenia kontynuowanego po powrocie na terytorium Polski pracowników i studentów Politechniki Gdańskiej, a także ich rodzin oraz osób towarzyszących (w tym małoletnich), wyjeżdżających służbowo na praktyki i staże naukowe oraz wypoczynek organizowany przez Politechnikę Gdańską poza granicami Polski.

My niżej podpisani:
imię ..... nazwisko .....
imię ..... nazwisko .....
(upoważnienie do podpisania oferty wynika z dokumentów załączonych do oferty)
działający w imieniu i na rzecz:

Pełna nazwa Wykonawcy (w przypadku wykonawców wspólnie ubiegających się o zamówienie należy wskazać wszystkich Wykonawców):		
Adres:		
REGON nr	NIP nr	KRS/CEIDG:
Nr telefonu:	**e-mail** do prowadzenia korespondencji związanej z postępowaniem:	

Zgodnie z ustawą z dnia 6 marca 2018 r. Prawo przedsiębiorców (t.j. Dz. U. z 2019 r. poz. 1292 ze zm.), ze względu na liczbę pracowników, **oświadczamy, że należymy** do sektora (zaznaczyć):

- ☐ mikroprzedsiębiorstw
- ☐ małych przedsiębiorstw
- ☐ średnich przedsiębiorstw
- ☐ dużych przedsiębiorstw

1. **Oferujemy realizację** całości **powyższego przedmiotu zamówienia**, zgodnie z zapisami w SWZ za składkę ubezpieczeniową brutto:
   Oferujemy realizację zamówienia zamówienia podstawowego
   za składkę ubezpieczeniową brutto: ..... PLN,
   zgodnie z formularzem rzeczowo-cenowym stanowiącym integralną część oferty.
   Oferujemy realizację zamówienia z prawa opcji stanowiącego 20 % zamówienia podstawowego
   za skałdkę ubezpieczeniową brutto: ..... PLN,

   OSTATECZNA SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA - ZAMÓWIENIE PODSTAWOWE + PRAWO OPCJI:

   ..... PLN

2. **Oferujemy realizację zamówienia wg następujących kryteriów dodatkowych:**

Ocena kryterium		Maksymalna liczba punktów	Oferta Wykonawcy (TAK/NIE)*
1	*2*	*3*	*4*
1.	**Ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej**	12	
2.	**Ubezpieczenie bagażu podróżnego**	10	
3.	**Bezgotówkowa pomoc ambulatoryjna i szpitalna**	15	
4.	**Koszty leczenia kontynuowanego po powrocie na terytorium Polski**	3	
	Razem maksymalna liczba punktów:	**40**	

**wpisać właściwe (TAK lub NIE).*

W przypadku wypełnienia tabelki w/w oświadczenie Zamawiający uzna za wiążące. W przypadku, gdy Wykonawca nie wypełni tabelki Zamawiający uzna, że zaoferowane ubezpieczenie nie obejmuje danej klauzuli dodatkowej.

PROSZĘ UZUPEŁNIĆ WG. OPISU W ROZDZIALE XIV SWZ

3. **Oświadczamy, że** termin realizacji zamówienia wynosi: od dnia **21.08.2021 r.** do dnia **20.08.2023 r.**
4. **Oświadczamy, że** oferowany przedmiot zamówienia spełnia wszystkie wymagania Zamawiającego określone w SWZ.
5. **Oświadczamy, że** cena oferty obejmuje wszystkie elementy cenotwórcze, wynikające z zakresu i sposobu realizacji przedmiotu zamówienia, określone w SWZ.
6. **Oświadczamy, że** wszystkie inne koszty jakie poniesiemy przy realizacji zamówienia, nieuwzględnione w cenie oferty nie będą obciążały Zamawiającego.
7. **Oświadczamy, że** zapoznaliśmy się ze Specyfikacją Warunków Zamówienia, nie wnosimy do jej treści zastrzeżeń i uznajemy się za związanych określonymi w niej postanowieniami i zasadami postępowania.

8. **Oświadczamy, że** zapoznaliśmy się z postanowieniami wzoru Umowy, która stanowi załącznik nr 5 do SWZ. Nie wnosimy do jej treści zastrzeżeń. Zobowiązujemy się w przypadku wyboru naszej oferty do zawarcia Umowy na określonych w niej warunkach, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
9. **Akceptujemy** warunki płatności określone we wzorze umowy stanowiącym załącznik nr 5 do SWZ.
10. **Uważamy** się za związanych niniejszą ofertą na czas wskazany w rozdziale V ust. 1 SWZ.
11. **Oświadczamy, że** wadium o wartości ……* PLN wnieśliśmy w dniu ..... w formie .....
12. **Oświadczamy**, że zamówienie zamierzamy zrealizować przy udziale następujących podwykonawców, w zakresie (należy podać zakres i jeśli są znane - dane proponowanych podwykonawców) .....*
13. **Oświadczamy, że** wypełniliśmy obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. (RODO) 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. z 2016 r. nr 119, str. 1; zm.: Dz. U. UE.L. z 2018 r. Nr 127, str. 2) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskaliśmy 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)).*

14. **Załącznikami** do niniejszej Oferty, stanowiącymi jej integralną część są:
    1. ……
    2. ……
    3. ……
    4. ……
    5. ……
    6. ……
    7. ……

***** *wypełnia wykonawca*

Dokument należy podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym

Załącznik nr 3 do SWZ

Numer postępowania: ZP/115/055/U/21

FORMULARZ RZECZOWO-CENOWY

Ubezpieczenie kosztów leczenia i usługi assistance, ubezpieczenie następstw nieszczęśliwych wypadków oraz odpowiedzialności cywilnej, ubezpieczenia bagażu, kosztów leczenia kontynuowanego po powrocie na terytorium Polski pracowników i studentów Politechniki Gdańskiej, a także ich rodzin oraz osób towarzyszących (w tym małoletnich), wyjeżdżających służbowo na praktyki i staże naukowe oraz wypoczynek organizowany przez Politechnikę Gdańską poza granicami Polski.

UMOWY DO 100 OSOBODNI			
Wariant umowy	Szacunkowa liczba osobodni	Stawka za jeden osobodzień [PLN]	Wartość składki za podaną szacunkową liczbę osobodni [PLN]
WARIANT I zakres terytorialny EUROPA	20 000		
WARIANT II zakres terytorialny ŚWIAT	10 000		
RAZEM:			

Rozliczanie planowanych wyjazdów przekraczających 100 osobodni nie dłuższych niż 365 osobodni następować będzie na podstawie przemnożenia zaproponowanej stawki dziennej i 100 osobodni oddzielnie dla każdego z wariantów umowy, tj. EUROPA, ŚWIAT.

Dokument należy podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym

Załącznik nr 4 do SWZ

Numer postępowania: ZP/115/055/U/21

Wykonawca:

……
(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)
reprezentowany przez:

……
(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)

Oświadczenie
składane na podstawie art. 125 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2019 r. Prawo zamówień publicznych
dotyczące niepodlegania wykluczeniu oraz spełniania warunków udziału w postępowaniu

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. **Ubezpieczenie kosztów leczenia i usługi assistance, ubezpieczenie następstw nieszczęśliwych wypadków oraz odpowiedzialności cywilnej, ubezpieczenia bagażu, kosztów leczenia kontynuowanego po powrocie na terytorium Polski pracowników i studentów Politechniki Gdańskiej, a także ich rodzin oraz osób towarzyszących (w tym małoletnich), wyjeżdżających służbowo na praktyki i staże naukowe oraz wypoczynek organizowany przez Politechnikę Gdańską poza granicami Polski** oświadczam co następuje:

OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE WYKONAWCY:

1. Oświadczam, że **podlegam*/nie podlegam*** wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 108 ustawy Pzp.
2. Oświadczam, że **podlegam*/nie podlegam*** wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 109 ust. 1 pkt. 4 ustawy Pzp.
3. Oświadczam, że **zachodzą*/nie zachodzą*** w stosunku do mnie podstawy wykluczenia z postępowania na podstawie art. ……..…. ustawy Pzp *(podać mającą zastosowanie podstawę wykluczenia spośród wymienionych w art. 108 ust. 1 pkt 1, 2 i 5 lub art. 109 ust. 1 pkt 2-5 i 7-10 ustawy Pzp).* Jednocześnie oświadczam, że w związku z ww. okolicznością, na podstawie art. 110 ust. 2 ustawy Pzp podjąłem następujące środki naprawcze:
   ……..…….....
   ……
   ……..……
4. Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu określone w rozdziale VI SWZ, tj:
   1) posiadam uprawnienia do prowadzenia działalności objętej przedmiotem zamówienia

OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:

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.

JEDNOCZEŚNIE PODAJĘ DANE UMOŻLIWIAJĄCE DOSTĘP DO PODMIOTOWYCH ŚRODKÓW DOWODOWYCH (jeżeli dotyczy):[1]

1. Informuję, że następujące podmiotowe środki dowodowe:
   1) ……..
   2) ……..
   3) ……..
2. Można pozyskać odpowiednio z następujących rejestrów publicznych:
   1) ……..
   2) ……..
   3) ……...

…….. *(miejscowość),* dnia …….. r.

Dokument należy podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym

[1] Zamawiający nie wezwie do złożenia podmiotowych środków dowodowych, jeżeli będzie mógł je uzyskać za pomocą bezpłatnych i ogólnodostępnych baz danych, w szczególności rejestrów publicznych w rozumieniu ustawy z dnia 17 lutego 2005 r. o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne, o ile wykonawca wskaże w oświadczeniu, o którym mowa w art. 125 ust. 1, dane umożliwiające dostęp do tych środków

Załącznik nr 6 do SWZ

Numer postępowania: ZP/115/055/U/21

Wykonawcy wspólnie ubiegający się o udzielenie zamówienia:
……
……
(dane wszystkich wykonawców występujących wspólnie)

Oświadczenie Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia składane na podstawie art. 117 ust. 4 ustawy z dnia 11 września 2019 r. Prawo zamówień publicznych

DOTYCZĄCE DOSTAW, USŁUG LUB ROBÓT BUDOWLANYCH, KTÓRE WYKONAJĄ POSZCZEGÓLNI WYKONAWCY

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. **Ubezpieczenie kosztów leczenia i usługi assistance, ubezpieczenie następstw nieszczęśliwych wypadków oraz odpowiedzialności cywilnej, ubezpieczenia bagażu, kosztów leczenia kontynuowanego po powrocie na terytorium Polski pracowników i studentów Politechniki Gdańskiej, a także ich rodzin oraz osób towarzyszących (w tym małoletnich), wyjeżdżających służbowo na praktyki i staże naukowe oraz wypoczynek organizowany przez Politechnikę Gdańską poza granicami Polski**.

oświadczam, że*:

• Wykonawca ……

(nazwa i adres Wykonawcy) zrealizuje następujące dostawy, usługi lub roboty budowlane:

……..

• Wykonawca ……..

(nazwa i adres Wykonawcy) zrealizuje następujące dostawy, usługi lub roboty budowlane:

……..

• Wykonawca ……..

(nazwa i adres Wykonawcy) zrealizuje następujące dostawy, usługi lub roboty budowlane:

……..

…….. (miejscowość), dnia …….. r.

Dokument należy podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym