Załącznik nr 2 do SWZ *Formularz Oferty* ***(..... stron)***

FORMULARZ OFERTY

Oznaczenie wykonawcy – pełne nazwy wykonawcy/ów składających ofertę

ZAMAWIAJĄCY:
Samodzielny Publiczny
Zakład Opieki Zdrowotnej
w Obornikach
ul. Szpitalna 2
64-600 Oborniki

Działając w imieniu wymienionego/ych powyżej Wykonawcy/ów oferujemy realizację na rzecz Zamawiającego zamówienia publicznego pn. „**Ubezpieczenie mienia i odpowiedzialności cywilnej Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Obornikach**”, w odniesieniu do następujących części zamówienia:

CZĘŚĆ 01	TAK / NIE	(odpowiednio wybrać/zakreślić)
CZĘŚĆ 02	TAK / NIE	(odpowiednio wybrać/zakreślić)

na 36 – miesięczny okres ubezpieczenia, proponując składkę ubezpieczeniową ustaloną zgodnie z wymogami opracowanej przez Zamawiającego Specyfikacji Warunków Zamówienia (dalej SWZ) i określoną w części szczegółowej Formularza Oferty.

W przypadku wybrania naszej oferty umowy ubezpieczenia zostaną zawarte na warunkach określonych w Załączniku nr 1 do SWZ – Opis Przedmiotu Zamówienia. W pozostałych kwestiach proponujemy, aby miały zastosowanie Ogólne (Szczególne) Warunki Ubezpieczenia załączone do oferty lub wskazane przez Wykonawcę w ofercie (zgodnie z postanowieniami pkt.21.1.4.SWZ). Jeżeli załączone Ogólne (Szczególne) Warunki Ubezpieczenia odbiegają od warunków ubezpieczenia określonych w SWZ lub są z nią sprzeczne, za wiążące uznajemy warunki określone w SWZ. Jednocześnie zobowiązujemy się uwzględnić w zawartych umowach postanowienia klauzul dodatkowych wymaganych w SWZ.

Uważamy się za związanych złożoną ofertą do dnia 16.03.2021.

FORMULARZ OFERTY

CZĘŚĆ A – WYKONAWCA

Szczegółowe oznaczenie Wykonawcy/ów

Pełna nazwa Wykonawcy/ów z podaniem adresu

Lider konsorcjum (dotyczy Wykonawców ubiegających się wspólnie o udzielenie zamówienia)

Kontakt tel./e-mail

Osoba kontaktowa ze strony Wykonawcy tel./e-mail, stanowisko służbowe

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. *

* 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).

POUCZENIE:

Niniejszy formularz należy wypełniać z uwzględnieniem następujących zasad:

- *stawki powinny być podane* ***w procentach z dokładnością, co najmniej do dwóch miejsc po przecinku****,*
- *cena powinna wynikać* ***z iloczynu sum/y ubezpieczenia oraz zaoferowanej zgodnie z powyższymi zasadami stawki*** *i podana z dokładnością do jednego grosza. Zaokrąglenia części ułamkowej grosza dokonuje się zgodnie z zasadami matematycznymi.*

Wprowadzenie jakichkolwiek zastrzeżeń lub postawień odbiegających od warunków określonych w SWZ skutkować będzie odrzuceniem oferty na podstawie ustawy z dnia 11 września 2019 r. Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2019 r., poz. 2019 ze zm.)

CZĘŚĆ B – ZAKRES OFERTY

W ramach niniejszego postępowania składamy ofertę ubezpieczenia na:

CZĘŚĆ 01

(a) Ubezpieczenie mienia od ognia i innych zdarzeń losowych,

(b) Ubezpieczenie mienia od kradzieży z włamaniem i rabunku.

CZĘŚĆ 02

(a) Obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą,

(b) Dobrowolne ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone osobie trzeciej w związku z prowadzoną działalnością i posiadaniem mienia.

CZĘŚĆ C – TERMIN REALIZACJI ZAMÓWIENIA:

Okres ubezpieczenia dla części 01 i 02 zamówienia wynosi 36 miesięcy i trwa od 01.04.2021 r. do 31.03.2024 r. Okres ubezpieczenia zostanie podzielony na 3 okresy rozliczeniowe:

- I okres rozliczeniowy: 01.04.2021 – 31.03.2022
- II okres rozliczeniowy: 01.04.2022 – 31.03.2023
- III okres rozliczeniowy: 01.04.2023 – 31.03.2024

CZĘŚĆ D– TERMINY PŁATNOŚCI SKŁADKI:

Składka ubezpieczeniowa dla wszystkich części zamówienia (01, 02) zostanie opłacona w 4 równych ratach, co trzy miesiące do ostatniego dnia miesiąca – dotyczy każdego okresu rozliczeniowego.

CZĘŚĆ E – CENA ZA REALIZACJĘ ZAMÓWIENIA:

Łączna cena realizacji zamówienia w całym okresie ubezpieczenia za:

CZĘŚĆ 01

(a) Ubezpieczenie mienia od ognia i nnych zdarzeń losowych,

(b) Ubezpieczenie mienia od kradzieży z włamaniem i rabunku.

stanowi sumę kwot określonych:

w pkt. 3 b) Załącznika nr 1 do Formularza Oferty,

w pkt. 3 b) Załącznika nr 2 do Formularza Oferty,

i wynosi:

……zł……gr.

Słownie:

……złotych……

CZĘŚĆ 02

(a) Obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą,

(a) Dobrowolne ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone osobie trzeciej w związku z prowadzaną działalnością i posiadaniem mienia.

stanowi sumę kwot określoną:

a) w pkt. 3 b) Załącznika nr 3 do Formularza oferty,

b) w pkt. 3 b) Załącznika nr 4 do Formularza oferty,

c) W pkt 3 b) Załącznika nr 5 do Formularza oferty.

i wynosi:

……zł……gr…….

Słownie:

……złotych……

CZĘŚĆ F – ZAŁĄCZNIKI DO FORMULARZA OFERTY

Załącznikami do niniejszego Formularza są:

W zakresie części 01:	
Załącznik nr 1	Informacje dotyczące ubezpieczenia mienia od ognia i innych zdarzeń losowych
Załącznik nr 2	Informacje dotyczące ubezpieczenia mienia od kradzieży z włamaniem i rabunku
W zakresie części 02:	
Załącznik nr 3	Informacje dotyczące obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą
Załącznik nr 4	Informacje dotyczące dobrowolnego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone osobie trzeciej w związku z prowadzoną działalnością i posiadaniem mienia

ZAŁĄCZNIK NR 1

(do Formularza Oferty)

Informacje dotyczące ubezpieczenia mienia od ognia i innych zdarzeń losowych

1. **Podstawa zawarcia ubezpieczenia**

   Ogólne Warunki Ubezpieczenia mające zastosowanie w ubezpieczeniu (podać rodzaj warunków ubezpieczenia i datę uchwalenia/wejścia w życie)

   ……
   ……
   ……

2. Wartość mienia do ubezpieczenia. Stawka i składka za ubezpieczenie

Przedmiot ubezpieczenia	**Suma ubezpieczenia (w zł)/Limit odpowiedzialności**	**Stawka (%)**	**Składka (w zł) za 12 miesięcy**
Grupy 1-2 KŚT	34 930 600,00		
Grupa 3 KŚT	337 081,00		
Grupa 4 KŚT	927 015,00		
Grupa 6 KŚT	1 347 832,00		
Grupa 8 KŚT	12 578 983,00		
Mienie ruchome użytkowane przez Szpital na podstawie umowy najmu, dzierżawy użyczenia etc. (zgodnie z wykazem A wskazanym w Załączniku nr 1 do SWZ)	84 142,80		
Środki obrotowe	5 000,00		
Gotówka	4 500,00		
Mienie (leki, szczepionki, inne materiały medyczne) przechowywane w urządzeniach bądź pomieszczeniach chłodniczych/klimatyzacyjnych,	100 000,00		
		Składka łączna	

3. **Składka**

   a) za 12-sto miesięczny okres ubezpieczenia zamówienia wynosi:

……zł……gr.

b) za 36- miesięczny okres ubezpieczenia (stanowiąca 3-krotność składki za 12-miesięczny okres ubezpieczenia, wskazanej w pkt. 3 a) wynosi:

……zł……gr.

ZAŁĄCZNIK NR 2

(do Formularza Oferty)

Informacje dotyczące ubezpieczenia mienia od kradzieży z włamaniem i rabunku

1. **Podstawa zawarcia ubezpieczenia**
   Ogólne Warunki Ubezpieczenia mające zastosowanie w ubezpieczeniu (podać rodzaj warunków ubezpieczenia i datę uchwalenia/wejścia w życie)

   ……
   ……
   ……
   ……

2. **Wartość mienia do ubezpieczenia. Stawka i składka za ubezpieczenie**

Przedmiot ubezpieczenia	**Suma ubezpieczenia (zł)**	**Stawka (%)**	**Składka (zł) za 12 miesięcy**
Środki trwałe, maszyny, urządzenia i wyposażenie, zewnętrzne elementy budynków, w tym mienie ruchome użytkowane na podstawie umowy najmu, dzierżawy, użyczenia etc.	50 000,00		
Gotówka od kradzieży z włamaniem i rabunku w lokalu	4 500,00		
Koszty naprawy zabezpieczeń	5 000,00		
		Składka łączna	

3. **Składka**
   a) za 12-sto miesięczny okres ubezpieczenia zamówienia wynosi:

…….zł……gr

   b) za 36-miesięczny okres ubezpieczenia (stanowiąca 3-krotność składki za 12-miesięczny okres ubezpieczenia, wskazanej w pkt 3 a) wynosi:

……zł……gr

ZAŁĄCZNIK NR 3

(do Formularza Oferty)

Informacje dotyczące obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą

1. **Podstawa zawarcia ubezpieczenia i warunki ubezpieczenia:**

   Art. 17 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U.2020.295 t. j. z dnia 2020.02.25)

   Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 29 kwietnia 2019 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz.U. 2019 poz. 866).

2. **Suma gwarancyjna, składka:**

   Równowartość w złotych kwoty 100 000,00 euro na jedno zdarzenie i 500 000,00 euro na wszystkie zdarzenia w każdym okresie rozliczeniowym.

3. **Składka**

   a) za 12-sto miesięczny okres ubezpieczenia wynosi:

……..……zł……gr.

   b) za 36- miesięczny okres ubezpieczenia (stanowiąca 3-krotność składki za 12-miesięczny okres ubezpieczenia, wskazanej w pkt. 3 a) wynosi:

……..……zł……gr.

ZAŁĄCZNIK NR 4

(do Formularza Oferty)

Informacje dotyczące dobrowolnego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone osobie trzeciej w związku z prowadzoną działalnością i posiadaniem mienia

1. Podstawa zawarcia ubezpieczenia:

Ogólne Warunki Ubezpieczenia mające zastosowanie w ubezpieczeniu (podać rodzaj warunków ubezpieczenia i datę uchwalenia/wejścia w życie)

……
……
……
……

2. Suma gwarancyjna. Składka za ubezpieczenie:

Suma gwarancyjna wynosi 200 000,00 zł na jeden i wszystkie wypadki w każdym okresie rozliczeniowym.

3. Składka

a) za 12-sto miesięczny okres ubezpieczenia wynosi:

……zł……gr.

b) za 36- miesięczny okres ubezpieczenia (stanowiąca 3-krotność składki za 12-miesięczny okres ubezpieczenia, wskazanej w pkt. 3 a) wynosi:

……zł……gr.