Załącznik nr 2 do SIWZ *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. „KOMPLEKSOWE *UBEZPIECZENIE SAMODZIELNEGO PUBLICZNEGO ZAKŁADU OPIEKI ZDROWOTNEJ W OBORNIKACH*", w odniesieniu do następujących części zamówienia:

CZĘŚĆ 01	TAK / NIE
CZĘŚĆ 02	TAK / NIE

na 24 – miesięczny okres ubezpieczenia, proponując składkę ubezpieczeniową ustaloną zgodnie z wymogami opracowanej przez Zamawiającego Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia (dalej SIWZ) i określoną w części szczegółowej Formularza Oferty.

© EIB S.A.

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

Uważamy się za związanych złożoną ofertą przez 30 dni od momentu upływu terminu do składania ofert.

.....

(data, podpisy i pieczątki uprawnionych reprezentantów
lub umocowanych przedstawicieli Wykonawcy)

UWAGA: osoba podpisująca ofertę powinna parafować wszystkie strony formularza.

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)

© EIB S.A.

Kontakt tel./fax./e-mail

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

.....

(data, podpisy i pieczątki uprawnionych reprezentantów
lub umocowanych przedstawicieli Wykonawcy)

POUCZENIE

© EIB S.A.

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 SIWZ skutkować będzie odrzuceniem oferty na podstawie art. 89 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych.

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.

TAK/NIE*

CZĘŚĆ 02

a Obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą,

b Dobrowolne ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone osobie trzeciej w związku z prowadzeniem działalności i posiadaniem mienia.

TAK/NIE*

CZĘŚĆ C – TERMIN REALIZACJI ZAMÓWIENIA:

© EIB S.A.

Dla części 01, 02 zamówienia: od 01.04.2017 r. do 31.03.2019 r. i dzieli się na dwa roczne okresy rozliczeniowe:

- pierwszy okres rozliczeniowy – od 01.04.2017 r. do 31.03.2018 r.,
- drugi okres rozliczeniowy – od 01.04.2018 r. do 31.03.2019 r.,

CZĘŚĆ D– TERMINY PŁATNOŚCI SKŁADKI:

Składka ubezpieczeniowa zostanie opłacona w 4 równych ratach płatnych 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 innych zdarzeń losowych,

b Ubezpieczenie mienia od kradzieży z włamaniem i rabunku.

stanowi sumę kwot określonych:

a) w pkt 3 b) Załącznika nr 1 do Formularza oferty,

b) w pkt 3 b) Załącznika nr 2 do Formularza oferty,

i wynosi:

.....zł.....gr

Słownie:

.....złotych.....groszy

© EIB S.A.

CZĘŚĆ 02

a Obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą,

b Dobrowolne ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone osobie trzeciej w związku z prowadzeniem działalności i posiadaniem mienia.

stanowi kwotę określoną:

a) w pkt 3 b) Załącznika nr 3 do Formularza Oferty,

b) w pkt 3 b) Załącznika nr 4 do Formularza Oferty

i wynosi:

.....zł.....gr

Słownie:

.....złotych.....groszy

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

© EIB S.A.

	posiadaniem mienia;

.....

(data, podpisy i pieczątki uprawnionych reprezentantów
lub umocowanych przedstawicieli Wykonawcy)

© EIB S.A.

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 (zł)	Stawka (%)	Składka (zł) za 12 miesięcy
Grupa 1 – 2 KŚT	20 913 899,29		
Grupa 3 KŚT	337 080,57		
Grupa 4 KŚT	360 710,41		
Grupa 6 KST	1 029 961,30		
Grupa 8 KŚT	9 580 982,80		
Środki obrotowe	5 000,00		
Gotówka	4 500,00		
		Składka łączna	

3. **Składka**

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

© EIB S.A.

.....zł.....gr

słownie:.....złotych.....groszy

b) **za 24-ro miesięczny okres ubezpieczenia (stanowiąca 2-krotność składki za 12-miesięczny okres ubezpieczenia, wskazanej w pkt 3 a) wynosi:**

.....zł.....gr

słownie:.....złotych.....groszy

4. **Fakultatywne klauzule dodatkowe**

(wybraną opcję należy zaznaczyć znakiem X, w przypadku niezaznaczenia żadnej z opcji, Zamawiający uzna to za brak jej akceptacji)

Akceptacja następujących warunków:	Ilość punktów	Akceptacja	Brak akceptacji
Fakultatywna klauzula EIB 42 /dodatkowej sumy ubezpieczenia/	50 pkt		
Fakultatywna klauzula EIB 02 /klauzula przepięciowa/ bez limitu	50 pkt		

.....

(data, podpisy i pieczątki uprawnionych reprezentantów lub

umocowanych przedstawicieli Wykonawcy

© EIB S.A.

© EIB S.A.

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, urządzenia i wyposażenie	10 000,00		
Gotówka od kradzieży z włamaniem i rabunku w lokalu	4 000,00		
		Składka łączna	

3. **Składka**

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

.....zł.....gr

słownie:.....złotych.....groszy

b) **za 24-ro miesięczny okres ubezpieczenia (stanowiąca 2-krotność składki za 12-miesięczny okres ubezpieczenia, wskazanej w pkt 3 a) wynosi:**

© EIB S.A.

.....zł.....gr

słownie:.....złotych.....groszy

.....

(data, podpisy i pieczątki uprawnionych reprezentantów lub

umocowanych przedstawicieli Wykonawcy

ZAŁĄCZNIK NR 3

(do Formularza Oferty)

Informacje dotyczące obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą

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

   Art. 25 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. 2015.poz. 618 z późn. zmianami).

   Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2011 r. nr 293 poz. 1729).

2. **Suma gwarancyjna, składka:**

© EIB S.A.

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

3. **Składka**

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

.....zł.....gr

słownie:.....złotych.....groszy

b) **za 24-ro miesięczny okres ubezpieczenia (stanowiąca 2-krotność składki za 12-miesięczny okres ubezpieczenia, wskazanej w pkt 3 a) wynosi:**

.....zł.....gr

słownie:.....złotych.....groszy

.....

(data, podpisy i pieczątki uprawnionych reprezentantów lub umocowanych przedstawicieli Wykonawcy)

ZAŁĄCZNIK NR 4

(do Formularza Oferty)

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

© EIB S.A.

1. **Podstawa zawarcia ubezpieczenia:**

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

.....

.....

.....

2. **Suma gwarancyjna:**

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

słownie:.....złotych.....groszy

b) **za 24-ro miesięczny okres ubezpieczenia (stanowiąca 2-krotność składki za 12-miesięczny okres ubezpieczenia, wskazanej w pkt 3 a) wynosi:**

.....zł.....gr

słownie:.....złotych.....groszy

© EIB S.A.

4. **Fakultatywna klauzula dodatkowa**

(wybraną opcję należy zaznaczyć znakiem X, w przypadku niezaznaczenia żadnej z opcji, Zamawiający uzna to za brak jej akceptacji)

Akceptacja następujących warunków:	Ilość punktów	Akceptacja	Brak akceptacji
Fakultatywna klauzula EIB 45 /ratalna/	50 pkt		
Fakultatywna klauzula EIB 48 /terminu wykonania zobowiązań/	50 pkt		

.....

(data, podpisy i pieczątki uprawnionych reprezentantów lub umocowanych przedstawicieli Wykonawcy)

© EIB S.A.