

**FORMULARZ OFERTY**

**CZEŚĆ 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./fax./e-mail

--

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

--

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

UWAGA: osoba podpisująca ofertę powinna parafować wszystkie strony formularza

**ZAMAWIAJĄCY:**  
**Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej**  
**Uniwersytecki Szpital Kliniczny**  
**im. Wojskowej Akademii Medycznej Uniwersytetu Medycznego**  
**w Łodzi – Centralny Szpital Weteranów**  
**ul. Żeromskiego 113, 90-549 Łódź**

Działając w imieniu wymienionego/ich powyżej Wykonawcy/ów oferujemy realizację na rzecz Zamawiającego zamówienia publicznego, pn. „KOMPLEKSOWE UBEZPIECZENIE SP ZOZ UNIWERSYTECKIEGO SZPITALA KLINICZNEGO IM. WOJSKOWEJ AKADEMII MEDYCZNEJ UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO W ŁODZI – CENTRALNEGO SZPITALA WETERANÓW”, proponując składkę ubezpieczeniową ustaloną zgodnie z wymogami opracowanej przez Zamawiającego Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia (dalej SIWZ) i określoną w części szczegółowej Formularza Oferty:

1. W przypadku wybrania naszej oferty umowy ubezpieczenia zostaną zawarte na warunkach określonych w Załączniku nr 1 do SIWZ – Opis Przedmiotu Zamówienia, z uwzględnieniem zaakceptowanych przez nas warunków fakultatywnych zgodnie z wypełnionym Formularzem Oferty i Załącznikami do Formularza Oferty. W pozostałych kwestiach proponujemy, aby miały zastosowanie Ogólne lub Szczególne Warunki Ubezpieczenia lub inne wzorce umowne załączone do oferty. Jeżeli załączone Ogólne lub Szczególne Warunki Ubezpieczenia lub inne wzorce umowne odbiegają od warunków ubezpieczenia określonych w SIWZ lub są z nią sprzeczne, za wiążące uznajemy minimalne warunki określone w SIWZ z uwzględnieniem zaakceptowanych warunków fakultatywnych oraz innych postanowień SIWZ. Jednocześnie zobowiązujemy się uwzględnić w zawartych umowach postanowienia klauzul dodatkowych wymaganych w SIWZ dla poszczególnych ubezpieczeń.
2. Uważamy się za związanych złożoną ofertą przez 60 dni od momentu upływu terminu do składania ofert.
3. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się ze specyfikacją istotnych warunków zamówienia i nie wnosimy do nich zastrzeżeń oraz zdobyliśmy konieczne informacje do przygotowania oferty.
4. Oferta została złożona na ..... zapisanych stronach podpisanych i kolejno ponumerowanych od nr ..... do nr ..... .
5. Niniejszym informujemy, że informacje składające się na ofertę, zawarte na stronach od ..... do ..... stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów ustawy o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji i jako takie nie mogą być ogólnodostępne.

Zastrzeżone informacje stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa, ponieważ:

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

6. Oświadczamy, że świadczenie usługi, oferowanej w ramach ww. postępowania przetargowego **prowadzi/nie prowadzi\*** w przypadku wyboru naszej oferty, do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego, zgodnie z przepisami ustawy o podatku od towaru i usług.

Niżej wymienione świadczenie usługi, oferowanej w ramach niniejszego postępowania przetargowego prowadzi w przypadku wyboru naszej oferty, do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego:

– .....

– .....

*(Należy podać nazwę (rodzaj) usługi oraz wskazać jej wartość bez kwoty podatku.*

*W przypadku nie podania / nie wpisania informacji, Zamawiający przyjmuje, że wybór oferty Wykonawcy nie będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego, zgodnie z przepisami ustawy o podatku od towaru i usług.)*

7. **Wadium** w kwocie ..... zostało/zostanie wniesione w dniu ..... w formie .....

8. Jesteśmy świadomi, że wniesione przez nas wadium podlega przepadkowi, gdy zaistnieją okoliczności, o których mowa w pkt. 13.4 SIWZ.

9. Numer konta, na które Zamawiający zwróci wadium, jeżeli wniesiono je w postaci gotówkowej: .....

Nazwa banku: .....

10. Usługę wykonamy w całości **sami / przy udziale podwykonawców\***.

Podwykonawca zrealizuje następującą część zamówienia:

.....

11. Zamówienie zrealizujemy **sami/w konsorcjum\***.

W przypadku **konsorcjum z**: .....

12. (Wypełniają jedynie przedsiębiorcy składający ofertę jako konsorcjum):

Oświadczamy, że sposób reprezentacji konsorcjum dla potrzeb niniejszego zamówienia jest następujący:

.....

.....

\* Niewłaściwe skreślić

.....

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

UWAGA: osoba podpisująca ofertę powinna parafować wszystkie strony formularza

## 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 zaofertowanej 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**

### CZEŚĆ B – ZAKRES OFERTY

W ramach niniejszego postępowania składamy ofertę ubezpieczenia na:

#### Część 01:

a) Ubezpieczenie mienia od wszystkich ryzyk,

TAK/NIE\*

#### Część 02:

- a) Obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą,  
b) Dobrowolne ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z prowadzoną działalnością i posiadaniem mienia,  
c) Dobrowolne ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej podmiotu leczniczego.

TAK/NIE\*

#### Część 03:

- a) Obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych,  
b) Ubezpieczenie następstw nieszczęśliwych wypadków powstałych w związku z ruchem pojazdów mechanicznych,  
c) Ubezpieczenie autocasco.

TAK/NIE\*

\* odpowiednie wybrać

### CZEŚĆ C – TERMIN REALIZACJI ZAMÓWIENIA:

Termin realizacji zamówienia dla wszystkich części obejmuje okres ubezpieczenia: **28.09.2017 r. – 27.09.2020 r.** i dzieli się na trzy okresy rozliczeniowe:

#### I okres rozliczeniowy

28.09.2017 r. – 27.09.2018 r.

#### II okres rozliczeniowy

28.09.2018 r. – 27.09.2019 r.

#### III okres rozliczeniowy

28.09.2019 r. – 27.09.2020 r.

CZEŚĆ D- TERMINY PŁATNOŚCI SKŁADKI:

**Cześć 01 oraz Cześć 02**

Zamawiający wymaga, aby Wykonawca uwzględnił ratałną miesięczną płatność składek (12 rat w każdym rocznym okresie rozliczeniowym) – równe raty płatne maksimum na pięć dni roboczych przed końcem każdego miesiąca ubezpieczeniowego – licząc jako pierwszy miesiąc październik 2017 roku. Różnica wynikająca z zaokrągleń powinna być uwzględniona w pierwszej racie.

**Cześć 03**

Zamawiający wymaga, aby Wykonawca uwzględnił ratałną płatność składek – 4 równe raty płatne wg harmonogramu określonego w indywidualnych polisach ubezpieczenia z zastrzeżeniem klauzuli wyrównania okresów ubezpieczenia pojazdów, przy czym pierwsza rata płatna będzie w ciągu 14 dni od początku okresu ubezpieczenia pojazdu.

CZEŚĆ E – CENA ZA REALIZACJĘ ZAMÓWIENIA:

Łączna cena realizacji zamówienia w całym okresie ubezpieczenia za:

**Cześć 01:**

a) Ubezpieczenie mienia od wszystkich ryzyk,

stanowi kwotę określoną:

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

i wynosi:

.....zł.....gr.
-----------------

słownie:

.....złotych.....groszy

**Cześć 02:**

a) Obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą,

b) Dobrowolne ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z prowadzoną działalnością i posiadaniem mienia,

c) Dobrowolne ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej podmiotu leczniczego.

stanowi sumę kwot określonych:

a) w pkt. 4 Załącznika nr 2 do Formularza Oferty,

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

c) w pkt. 4 Załącznika nr 4 do Formularza Oferty

i wynosi:

.....zł.....gr.
-----------------

słownie:

.....złotych.....groszy

**Cześć 03:**

a) Obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych ,

b) Ubezpieczenie następstw nieszczęśliwych wypadków powstałych w związku z ruchem pojazdów mechanicznych,

c) Ubezpieczenie autocasco.

stanowi sumę kwot określonych:

- a) w pkt. 4 Załącznika nr 6 do Formularza Oferty,
- b) w pkt. 4 Załącznika nr 7 do Formularza Oferty,
- c) w pkt. 4 Załącznika nr 8 do Formularza Oferty,

i wynosi:

.....zł.....gr.
-----------------

słownie:

.....złotych.....groszy

#### CZĘŚĆ F – ZAŁĄCZNIKI DO FORMULARZA OFERTY

Załącznikami do niniejszego Formularza są:

##### Dla części 01:

- Załącznik nr 1 – Informacje dotyczące ubezpieczenia mienia wszystkich ryzyk;

##### Dla części 02:

- Załącznik nr 2 – Informacje dotyczące obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą;
- Załącznik nr 3 – Informacje dotyczące dobrowolnego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z prowadzoną działalnością i posiadaniem mienia;
- Załącznik nr 4 – Informacje dotyczące dobrowolnego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu leczniczego;
- Załącznik nr 5- Informacje dotyczące zaakceptowanych warunków fakultatywnych – dotyczy Części 02;

##### Dla części 03:

- Załącznik nr 6 – Informacje dotyczące obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych;
- Załącznik nr 7 – Informacje dotyczące ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków powstałych w związku z ruchem pojazdów mechanicznych;
- Załącznik nr 8 – Informacje dotyczące ubezpieczenia Autocasco;
- Załącznik nr 9 - Informacje dotyczące zaakceptowanych warunków fakultatywnych – dotyczy Części 03;

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

**ZAŁĄCZNIK NR 1**  
**(do Formularza Oferty)**  
**Informacje dotyczące ubezpieczenia mienia od wszystkich ryzyk**

**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:**

<b>Przedmiot ubezpieczenia</b>	<b>Suma ubezpieczenia (zł)</b>	<b>Stawka w %</b>	<b>Składka za 12 miesięcy</b>
Grupy 1 - 2 KŚT	<b>100 214 223,46</b>		
Grupa 3 KŚT	<b>1 178 111,14</b>		
Grupa 4 KŚT	<b>7 103 433,96</b>		
Grupa 5 KŚT	<b>332 378,18</b>		
Grupa 6 KŚT	<b>6 900 175,46</b>		
Grupa 7 KŚT (z wyłączeniem pojazdów ubezpieczonych w ramach AC)	<b>17 632,85</b>		
Grupa 8 KŚT	<b>103 967 374,10</b>		
Materiały i wyroby medyczne	<b>2 000 000,00</b>		
Niskocenne składniki majątku	<b>4 000 000,00</b>		
Nakłady adaptacyjne w obce środki trwałe	<b>3 000 000,00</b>		
Środki obrotowe	<b>3 070 371,41</b>		
Mienie pracownicze	<b>100 000,00</b>		
Mienie osób trzecich	<b>500 000,00</b>		
Mienie pacjentów	<b>25 000,00</b>		
Gotówka	<b>250 000,00</b>		
Szyby i przedmioty szklane od stłuczenia	<b>20 000,00</b>		
Nieruchomości dzierżawione/użyczone	<b>56 645 269,94</b>		
Mienie ruchome dzierżawione/użyczone	<b>9 443 098,21</b>		
<b>Razem</b>			

**3. Składka za cały okres realizacji zamówienia (28.09.2017 r. – 27.09.2020 r.) wynosi:**

.....PLN.....gr.
------------------

Słownie:..... złotych.....groszy

.....  
(podpisy i pieczętki uprawnionych reprezentantów  
lub umocowanych przedstawicieli Wykonawcy)



**ZAŁĄCZNIK NR 2**  
**(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 (t.j. Dz. U. z 2015 r., poz. 618).

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:**

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

**3. Składka za 12-sto miesięczny okres realizacji zamówienia wynosi:**

.....PLN.....gr.
------------------

słownie:.....złotych.....groszy

**4. Składka za cały okres realizacji zamówienia (28.09.2017 r.–27.09.2020 r.)  
wynosi:**

.....PLN.....gr.
------------------

słownie:.....złotych.....groszy

.....  
(podpisy i pieczętki uprawnionych reprezentantów  
lub umocowanych przedstawicieli Wykonawcy)

**ZAŁĄCZNIK NR 3  
(do Formularza Oferty)**

**Informacje dotyczące dobrowolnego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody  
wyrządzone 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 500.000,00 zł na jedno i wszystkie zdarzenia w każdym rocznym okresie rozliczeniowym z uwzględnieniem limitów wskazanych w punkcie IV. Załącznika nr 1 do SIWZ.

**3. Składka za 12-sto miesięczny okres realizacji zamówienia wynosi:**

.....PLN.....gr.
------------------

słownie:.....złotych.....groszy

**4. Składka za cały okres realizacji zamówienia (28.09.2017 r.–27.09.2020 r.)  
wynosi:**

.....PLN.....gr
-----------------

słownie:.....złotych.....groszy

.....  
(podpisy i pieczętki uprawnionych reprezentantów  
lub umocowanych przedstawicieli Wykonawcy)

**ZAŁĄCZNIK NR 4**  
**(do Formularza Oferty)**

**Informacje dotyczące dobrowolnego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu leczniczego**

**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 3.000.000,00 zł na jedno i wszystkie zdarzenia w każdym okresie rozliczeniowym z uwzględnieniem limitów wskazanych w punkcie V. Załącznika nr 1 do SIWZ.

**3. Składka za 12-sto miesięczny okres realizacji zamówienia wynosi:**

..... PLN..... gr.
--------------------

słownie:..... złotych..... groszy

**4. Składka za cały okres realizacji zamówienia (28.09.2017 r.–27.09.2020 r.) wynosi:**

..... PLN..... gr
-------------------

słownie:..... złotych..... groszy

.....  
(podpisy i pieczętki uprawnionych reprezentantów  
lub umocowanych przedstawicieli Wykonawcy

**ZAŁĄCZNIK NR 5  
(do Formularza Oferty)**

**Informacje dotyczące zaakceptowanych warunków fakultatywnych – dotyczy Części 02  
(zaznaczenie znakiem „X” w rubryce akceptacja lub brak akceptacji )**

Akceptacja następujących warunków:	Ilość punktów	Akceptacja	Brak akceptacji
Dobrowolne ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej podmiotu leczniczego			
Klauzula EIB 01 A /klauzula reprezentantów/	100 pkt		

**W przypadku nie zaznaczenia „X” żadnej z rubryk „Akceptacja” lub „Brak akceptacji” dla danej klauzuli, Zamawiający uzna to za brak jej akceptacji.**

.....  
(podpisy i pieczętki uprawnionych reprezentantów  
lub umocowanych przedstawicieli Wykonawcy)

**ZAŁĄCZNIK NR 6  
(do Formularza Oferty)**

**Informacje dotyczące obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej  
posiadaczy pojazdów mechanicznych**

**1. Podstawa zawarcia ubezpieczenia:**

Ustawa z dnia 22 maja 2003 o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych.

**2. Przedmiot ubezpieczenia, suma gwarancyjna, składka:**

Ubezpieczeniem objęte zostaną wszystkie pojazdy wyszczególnione w załączniku nr 5 do SIWZ.

Suma gwarancyjna: Minimalna ustawowa (zgodnie z warunkami określonymi w Ustawie z dnia 22 maja 2003 o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych z późniejszymi zmianami).

Lp.	Rodzaj	Składka za pojazd za 12 miesięczny okres ubezpieczenia
1	Specjalny/Sanitarny	
2	Osobowy	
3	Ciężarowy	

**3. Składka:**

Lp.	Marka/Model	Nr rejestracyjny	Rodzaj pojazdu	Składka za 12 miesięczny okres ubezpieczenia
1	OPEL VIWARO	EL 070 TG	osobowy	
2	FIAT DUCATO	EL 762 RL	ciężarowy	
3	DACIA DUSTER	EL 545 RM	osobowy	
4	DACIA LODGY	EL 544 RM	osobowy	
5	VW CRAFTER	EL 440 PA	specjalny sanitarny	
6	OPEL VIVARO	EL 312 NK	osobowy	
7	RENAULT TRAFIC	EL 840 LR	specjalny sanitarny	
8	RENAULT TRAFIC	EL 841 LR	specjalny sanitarny	
9	RENAULT TRAFIC	EL 842 LR	specjalny sanitarny	
10	RENAULT TRAFIC	EL 491 GG	specjalny sanitarny	
11	CITROEN JUMPY	EL 868 GK	ciężarowy	
12	RENAULT TRAFIC	EL 479 GG	ciężarowy	
13	DACIA LOGAN	EL 090UW	osobowy	
<b>Razem:</b>				

**4. Składka za cały okres realizacji zamówienia (polis wystawionych w okresie 28.09.2017 r.–27.09.2020 r.) wynosi:**

.....PLN.....gr
-----------------

słownie:.....złotych.....groszy

.....

(podpisy i pieczętki uprawnionych reprezentantów  
lub umocowanych przedstawicieli Wykonawcy)

**ZAŁĄCZNIK NR 7**  
**(do Formularza Oferty)**  
**Informacje dotyczące ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków**  
**powstałych w związku z ruchem pojazdów**

**1. Podstawa zawarcia ubezpieczenia:**

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

.....

.....

**2. Przedmiot ubezpieczenia, składka:**

Ubezpieczeniem objęte zostaną wszystkie pojazdy wyszczególnione w załączniku nr 5 do SIWZ.

Lp.	Rodzaj	Składka za pojazd za 12 miesięczny okres ubezpieczenia
1	Specjalny/Sanitarny	
2	Osobowy	
3	Ciężarowy	

**3. Składka:**

Lp.	Marka/Model	Nr rejestracyjny	Rodzaj pojazdu	Składka za 12 miesięczny okres ubezpieczenia
1	OPEL VIWARO	EL 070 TG	osobowy	
2	FIAT DUCATO	EL 762 RL	ciężarowy	
3	DACIA DUSTER	EL 545 RM	osobowy	
4	DACIA LODGY	EL 544 RM	osobowy	
5	VW CRAFTER	EL 440 PA	specjalny sanitarny	
6	OPEL VIVARO	EL 312 NK	osobowy	
7	RENAULT TRAFIC	EL 840 LR	specjalny sanitarny	
8	RENAULT TRAFIC	EL 841 LR	specjalny sanitarny	
9	RENAULT TRAFIC	EL 842 LR	specjalny sanitarny	
10	RENAULT TRAFIC	EL 491 GG	specjalny sanitarny	
11	CITROEN JUMPY	EL 868 GK	ciężarowy	
12	RENAULT TRAFIC	EL 479 GG	ciężarowy	
13	DACIA LOGAN	EL 090UW	osobowy	
<b>Razem:</b>				

**4. Składka za cały okres realizacji zamówienia (polis wystawionych w okresie 28.09.2017 r.–27.09.2020 r.) wynosi:**

.....PLN.....gr
-----------------

słownie:.....złotych.....groszy

.....  
 (podpisy i pieczętki uprawnionych reprezentantów  
 lub umocowanych przedstawicieli Wykonawcy)

**ZAŁĄCZNIK NR 8**  
**(do Formularza Oferty)**  
**Informacje dotyczące ubezpieczenia autocasco**

**1. Podstawa zawarcia ubezpieczenia:**

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

.....

.....

**2. Przedmiot ubezpieczenia, stawka i składka:**

Ubezpieczeniem objęte zostaną pojazdy wyszczególnione w załączniku nr 5 do SIWZ.

Lp.	Rodzaj	Stawka za pojazd
1	Specjalny/Sanitarny	
2	Osobowy	
3	Ciężarowy	

**3. Składka:**

Lp	Marka/Model	Nr rejestracyjny	Rodzaj pojazdu	Suma ubezpieczenia (zł)	Składka za 12 miesięczny okres ubezpieczenia
2	OPEL VIWARO	EL 070 TG	osobowy	58 000,00	
3	FIAT DUCATO	EL 762 RL	ciężarowy	40 000,00	
4	DACIA DUSTER	EL 545 RM	osobowy	25 000,00	
5	DACIA LODGY	EL 544 RM	osobowy	20 000,00	
6	VW CRAFTER	EL 440 PA	specjalny sanitarny	120 000,00	
7	OPEL VIVARO	EL 312 NK	osobowy	35 000,00	
8	RENAULT TRAFIC	EL 840 LR	specjalny sanitarny	60 000,00	
9	RENAULT TRAFIC	EL 841 LR	specjalny sanitarny	60 000,00	
10	RENAULT TRAFIC	EL 842 LR	specjalny sanitarny	60 000,00	
11	RENAULT TRAFIC	EL 491 GG	specjalny sanitarny	33 000,00	
12	CITROEN JUMPY	EL 868 GK	ciężarowy	12 000,00	
13	RENAULT TRAFIC	EL 479 GG	ciężarowy	15 000,00	
14	DACIA LOGAN	EL 090UW	osobowy	30 000,00	
				<b>Razem:</b>	

**4. Składka za cały okres realizacji zamówienia (polis wystawionych w okresie 28.09.2017 r.–27.09.2020 r.):**

.....PLN.....gr
-----------------

słownie:.....złotych.....groszy



.....  
(podpisy i pieczętki uprawnionych reprezentantów  
lub umocowanych przedstawicieli Wykonawcy)

**ZAŁĄCZNIK NR 9  
(do Formularza Oferty)**

**Informacje dotyczące zaakceptowanych warunków fakultatywnych – dotyczy Części 03  
(zaznaczenie znakiem „X” w rubryce akceptacja lub brak akceptacji )**

Akceptacja następujących warunków:	Ilość punktów	Akceptacja	Brak akceptacji
Fakultatywna klauzula pojazdu zastępczego do ubezpieczenia autocasco	100 pkt		

**W przypadku niezaznaczenia „X” żadnej z rubryk „Akceptacja” lub „Brak akceptacji” dla danej klauzuli, Zamawiający uzna to za brak jej akceptacji.**

.....  
(podpisy i pieczętki uprawnionych reprezentantów  
lub umocowanych przedstawicieli Wykonawcy)