

FORMULARZ OFERTY

Oznaczenie wykonawcy – pełne nazwy wykonawcy/ów składających ofertę

--

ZAMAWIAJĄCY:

SPECJALISTYCZNY SZPITAL W PRABUTACH SP. Z O.O.

Ul. Kuracyjna 30,

82-550 Prabuty

Działając w imieniu wymienionego/yh powyżej Wykonawcy/ów oferujemy realizację na rzecz Zamawiającego zamówienia publicznego pn. „*UBEZPIECZENIE SPECJALISTYCZNEGO SZPITALA W PRABUTACH SP. Z O.O.*”, w odniesieniu do następujących części zamówienia:

CZĘŚĆ 01 TAK / NIE

CZĘŚĆ 02 TAK / NIE

na 36 – 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.

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 lub wskazane przez Wykonawcę w ofercie (zgodnie z postanowieniami pkt.11.1.3.SIWZ). 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 i zaakceptowanych Klauzul fakultatywnych dla poszczególnych ubezpieczeń.

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

.....

(data, podpisy i pieczętki 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)

--

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)

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 zaferowanej 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 (tekst jednolity Dz.U. z dnia 22 grudnia 2015 r., poz. 2164 ze zm.)

CZĘŚĆ 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 osobie trzeciej w związku z prowadzeniem działalności i posiadaniem mienia,

(c) Dobrowolne ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej podmiotu leczniczego.

TAK/NIE*

CZĘŚĆ C – TERMIN REALIZACJI ZAMÓWIENIA:

Dla części 01, 02 zamówienia: od 30.10.2017 r. – 29.10.2020 r. dzieli się na trzy okresy rozliczeniowe:

I okres rozliczeniowy: od 30.10.2017 r. – 29.10.2018 r.

II okres rozliczeniowy: od 30.10.2018 r. – 29.10.2019 r.

III okres rozliczeniowy: od 30.10.2019 r. – 29.10.2020 r.

CZĘŚĆ D – TERMINY PŁATNOŚCI SKŁADKI:

Składka dla części 01 oraz 02:

zostanie zapłacona w postaci 36 równych rat płatnych począwszy od dnia 15.11.2017 roku.

CZĘŚĆ E – CENA ZA REALIZACJĘ ZAMÓWIENIA:

Łączna cena realizacji zamówienia w całym okresie ubezpieczenia za:

CZĘŚĆ 01

(a) Ubezpieczenie mienia od wszystkich ryzyk,

stanowi kwotę określoną:

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

i wynosi:

.....zł.....gr.....

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,

(c) Dobrowolne ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej podmiotu leczniczego,

stanowi sumę kwot określonych:

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

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

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

i wynosi:

.....zł.....gr.

CZĘŚĆ F – ZAŁĄCZNIKI DO FORMULARZA OFERTY

Załącznikami do niniejszego Formularza są:

<u>W zakresie części 01:</u>	
Załącznik nr 1	Informacje dotyczące ubezpieczenia mienia od wszystkich ryzyk;
<u>W zakresie części 02:</u>	
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 osobie trzeciej w związku z prowadzoną działalnością i posiadaniem mienia;
Załącznik nr 4	Informacje dotyczące dobrowolnego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą;
<u>W zakresie wszystkich części:</u>	
Załącznik nr 5	Pełnomocnictwo
Załącznik nr 6	Oświadczenie wstępne wykonawcy

.....

(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

Przedmiot ubezpieczenia	Suma ubezpieczenia (zł)	Stawka (%)	Składka (zł) za 12 miesięcy
Grupy 1 - 2 KŚT	19 613 043,84		
Grupa 3 KŚT	139 376,32		
Grupa 4 KŚT	704 446,89		
Grupa 5 KŚT	1 501,02		
Grupa 6 KŚT	1 112 629,50		
Grupa 8 KŚT	15 027 827,38		
Środki obrotowe	200 000,00		
Mienie pacjentów	5 000,00		
Gotówka	10 000,00		
Szyby i przedmioty szklane od stłuczenia	5 000,00		
		Składka łączna	

3. Składka

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

.....zł.....gr.

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

.....zł.....gr.

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 02 B /klauzula przepięciowa / inny limit odpowiedzialności	50 pkt		
Fakultatywna klauzula dodatkowej sumy ubezpieczenia	50 pkt		

.....
(data, 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. 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:

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

.....zł.....gr.

.....

(data, podpisy i pieczętki uprawnionych reprezentantów lub

umocowanych przedstawicieli Wykonawcy)

ZAŁĄCZNIK NR 3

(do Formularza Oferty)

Informacje dotyczące dobrowolnego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone osobie trzeciej w związku z prowadzeniem działalności 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-cio miesięczny okres ubezpieczenia (stanowiąca 3-krotność składki za 12-miesięczny okres ubezpieczenia, wskazanej w pkt. 3 a) wynosi:

.....zł.....gr.

.....

(data, podpisy i pieczętki uprawnionych reprezentantów lub

umocowanych przedstawicieli Wykonawcy)

ZAŁĄCZNIK NR 4

(do Formularza Oferty)

Informacje dotyczące dobrowolnego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą

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.

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

.....zł.....gr.

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
Klauzula EIB 01 - Fakultatywna / klauzula reprezentantów/	100 pkt		

.....

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