***Załącznik nr 3 do SIWZ - formularz oferty,***

**FORMULARZ OFERTY**

**OFERTA POSIADA ( ……..) stron**

**Każda strona oferty powinna być zaparafowana**

*Pełna nazwa wykonawcy składającego ofertę*

**DANE ZAMAWIAJĄCEGO:**

Zespół Opieki Zdrowotnej w Busku Zdroju

28-100 Busko Zdrój ul. Boh. Warszawy 67

REGON: 000311467

NIP: 655-16-62-705

Działalność wg PKD : 8610Z

Zobowiązujemy się zrealizować na rzecz Zamawiającego zamówienia publicznego - Kompleksowe Ubezpieczenie Szpitala – ZOZ BUSKO ZDRÓJ proponując składkę ubezpieczeniową ustaloną zgodnie z wymogami opracowanej przez Zamawiającego Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia i określoną w części szczegółowej Formularza Ofertowego.

W przypadku wybrania naszej oferty - umowy ubezpieczenia zostaną zawarte na warunkach określonych w **Załączniku nr 2 do SIWZ** – Szczegółowy Opis Przedmiotu Zamówienia. W pozostałym zakresie zastosowanie mają 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. Ponadto zostaną uwzględnione w zawartych umowach postanowienia klauzul dodatkowych wymaganych w SIWZ dla poszczególnych grup ubezpieczeń.

Pozostajemy związani niniejszą ofertą przez 30 dni od momentu upływu terminu do składania ofert.

……….………………………………………………………

(data, podpisy i pieczątki uprawnionych reprezentantów)

**FORMULARZ OFERTY**

**CZĘŚĆ - I ZAMÓWIENIA**

**DANE WYKONAWCY**

Pełna nazwa z podaniem adresu

Kontakt tel./fax. / e-mail

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

**ZAKRES OFERTY**

**W RAMACH NINIEJSZEGO POSTĘPOWANIA SKŁADAMY OFERTĘ UBEZPIECZENIA NA:**

**Część I zamówienia obejmuje:**

1. Ubezpieczenie obowiązkowe odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą
2. Dobrowolne ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej z tytułu prowadzenia działalności medycznej z rozszerzeniem o działalność poza medyczną oraz posiadanym mieniem
3. Ubezpieczenie mienia od kradzieży z włamaniem i rabunku oraz ryzyka dewastacji
4. Ubezpieczenie maszyn od uszkodzeń i awarii

**TERMIN REALIZACJI ZAMÓWIENIA:**

Termin realizacji zamówienia obejmuje okres ubezpieczenia **od 01-05-2019r. do 30-04-2021r. (24 miesiące)**

**WARUNKI - TERMINY PŁATNOŚCI SKŁADKI:**

**Składka ubezpieczeniowa zostanie opłacona w każdym rocznym okresie ubezpieczenia w sześciu równych ratach płatnych zgodnie z postanowieniami w SIWZ.**

**CENA ZA REALIZACJĘ ZAMÓWIENIA OBEJMUJĄCA 24 MIESIĄCE:**

Łączna cena realizacji zamówienia w całym okresie ubezpieczenia za ubezpieczenie zgodnie z zakresem ubezpieczenia określonym w załączniku nr 2 do SIWZ wynosi:

…………………………zł…………gr.

Słownie: ……………………………………………………………….zł ………….gr.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Warunki ubezpieczenia** | **Punktacja** | |
| **Ubezpieczenie mienia**  **Akceptacja klauzul TAK/NIE** | | |
| **Klauzula samolikwidacji szkody** | TAK/NIE | 5/\* |
| **Kosztów odtworzenia dokumentacji** | TAK/NIE | 5/\* |
| **Bezpłatne ubezpieczenie Odpowiedzialności Cywilnej Członków Dyrekcji Szpitala** | TAK/NIE | 20/\* |
| **Ryzyko kradzieży bez włamania** | TAK/NIE | 5/\* |
| **Klauzula funduszu prewencyjnego w kwocie 150 tys. złotych** | TAK/NIE | 50/\* |
| **Klauzula funduszu środków reklamowych w kwocie 10 tys. złotych** | TAK/NIE | 15/\* |
| **Razem punktów** |  |  |

**\* w przypadku braku zgody na klauzulę przekreślić punkty**

……….…….…………………………………………………………………………………

(data, podpisy i pieczątki uprawnionych reprezentantów)

**FORMULARZ OFERTY**

**CZĘŚĆ II ZAMÓWIENIA**

**DANE WYKONAWCY**

Pełna nazwa z podaniem adresu

Kontakt tel./fax. / e-mail

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

**ZAKRES OFERTY**

**W RAMACH NINIEJSZEGO POSTĘPOWANIA SKŁADAMY OFERTĘ UBEZPIECZENIA NA:**

**Część II zamówienia, która obejmuje - Ubezpieczenia komunikacyjne:**

1. **UBEZPIECZENIE OBOWIĄZKOWE ODPOWIEDZIALNOŚCI CYWILNEJ POJAZDÓW**
2. **UBEZPIECZENIE DOBROWOLNE AUTOCASCO**
3. **UBEZPIECZENIE NASTĘPSTW NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW DLA PASAŻERÓW I KIEROWCY**
4. **ASSISTANCE**

**TERMIN REALIZACJI ZAMÓWIENIA:**

Termin wykonania zamówienia ma obejmować okres stosownie do okresów wznowień poszczególnych pojazdów w okresie dwóch lat - począwszy od miesiąca **maja 2019-** **do maja 2021 r**.

**Polisy ubezpieczeniowe będą załącznikami do umowy będą wystawiane na 12 miesięczne okresy ubezpieczenia stosownie do okresów wznowień poszczególnych pojazdów.**

**Wysokość składki w AC obowiązuje w pierwszych 12 miesiącach natomiast w kolejnym 12 miesięcznym okresie stosowane będą stawki wynikające z oferty przy ponownie urealnionych sumach ubezpieczenia.**

**WARUNKI - TERMINY PŁATNOŚCI SKŁADKI:**

Składka ubezpieczeniowa zostanie opłacona w II ratach w każdym rocznym okresie ubezpieczenia, zgodnie z początkami ubezpieczenia poszczególnych pojazdów.

**CENA ZA REALIZACJĘ ZAMÓWIENIA OBEJMUJĄCA 24 MIESIĄCE:**

Łączna cena realizacji zamówienia w całym okresie ubezpieczenia za ubezpieczenie zgodnie z zakresem ubezpieczenia określonym w SIWZ wynosi :

…………………………zł…………gr.

Słownie: ……………………………………………………………….zł ………….gr.

……….…….…………………………………………………………………………………

(data, podpisy i pieczątki uprawnionych reprezentantów)

**Załącznikami do niniejszego formularza ofertowego nr 3 są:**

\*dotyczy obu części zamówienia

Załącznik – Informacje dotyczące Ogólnych Warunków Ubezpieczeń Wykonawcy

Załącznik – Kopia zezwolenia właściwego organu na prowadzenie działalności ubezpieczeniowej w zakresie tożsamym z przedmiotem zamówienia, lub gdy na podstawie odrębnych przepisów zezwolenie nie jest wymagane, zaświadczenie właściwego organu nadzoru, że wykonawca prowadzi działalność ubezpieczeniową w wymaganym zakresie lub oświadczenie organu uprawnionego do reprezentowania wykonawcy, że wykonawca prowadzi działalność ubezpieczeniową w wymaganym zakresie i nie jest konieczne posiadanie przez niego zezwolenia wraz z przytoczeniem podstawy prawnej;

Załącznik – Oświadczenie. Wzór oświadczenia stanowi załącznik nr 4 do SIWZ

Załącznik – Oświadczenie. Wzór oświadczenia stanowi załącznik nr 5 do SIWZ

Załącznik– Oryginał lub poświadczona przez Notariusza za zgodność z oryginałem kopia dokumentów z których wynika umocowanie do występowania w imieniu i na rzecz Wykonawcy;

Załącznik – Parafowany wzór umowy stanowi załącznik nr 6 do SIWZ

Załącznik - Oświadczenie o przynależności lub braku przynależności do grupy kapitałowej- załącznik nr 7

Załącznik– Ogólne warunki ubezpieczenia, które będą miały zastosowanie do poszczególnych ubezpieczeń;

Załącznik – dodatkowe dokumenty

………………………………………………………………

(data, podpisy i pieczątki uprawnionych reprezentantów)

**ZAŁĄCZNIK – Informacje dotyczące Ogólnych Warunków Ubezpieczeń Wykonawcy**

**(w przypadku składania oferty tylko na jedna część zamówienia, w pozycjach nie ofertowanych wpisać „nie dotyczy”)**

**Informacje dotyczące:**

**Ubezpieczenie obowiązkowe odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą**

**Podstawa zawarcia ubezpieczenia:**

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

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Informacje dotyczące:**

**Ubezpieczenie dobrowolne odpowiedzialności cywilnej**

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

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Informacje dotyczące:**

**Ubezpieczenie mienia od ognia i innych zdarzeń**

**Podstawa zawarcia ubezpieczenia:**

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

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Informacje dotyczące:**

**Ubezpieczenie mienia od kradzieży z włamaniem, rabunku i dewastacji**

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

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Informacje dotyczące:**

**Ubezpieczenie maszyn od uszkodzeń i awarii**

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

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Informacje dotyczące:**

**Ubezpieczenia komunikacyjnego OC/AC/NW/ASSISTANCE**

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

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

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

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

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

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

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

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………

(podpisy i pieczątki uprawnionych reprezentantów)

**ZAŁĄCZNIK SZCZEGÓŁOWY DLA CZ I – Informacje dotyczące ceny w rozbiciu na poszczególne ryzyka cena za 24 miesięcy ubezpieczenia**

**INFORMACJE DOTYCZĄCE UBEZPIECZENIA:**

**UBEZPIECZENIE OBOWIĄZKOWE ODPOWIEDZIALNOŚCI CYWILNEJ PODMIOTU WYKONUJĄCEGO DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ**

Zakres ubezpieczenia i sumy ubezpieczenia wskazane w załączniku nr 2 do SIWZ - Opis Przedmiotu Zamówienia

Cena:…………………………zł…………gr.

słownie:…………………………….…………………………………………..złotych……………….groszy

**INFORMACJE DOTYCZĄCE UBEZPIECZENIA:**

**UBEZPIECZENIE DOBROWOLNE ODPOWIEDZIALNOŚCI CYWILNEJ**

Zakres ubezpieczenia i sumy ubezpieczenia wskazane w załączniku nr 2 do SIWZ - Opis Przedmiotu Zamówienia

Cena:…………………………zł…………gr.

słownie:…………………………….…………………………………………..złotych……………….groszy

**INFORMACJE DOTYCZĄCE :**

**UBEZPIECZENIE MIENIA OD OGNIA I IINYCH RYZYK**

Zgodnie z załącznikiem nr 2 do SIWZ – Opis Przedmiotu Zamówienia

Cena: …………………………zł…………gr.

słownie:…………………………….…………………………………………..złotych……………….groszy

Stawka dla poszczególnych grup: ………………

**INFORMACJE DOTYCZĄCE :**

**UBEZPIECZENIE MIENIA OD KRADZIEŻY Z WŁAMANIEM RABUNKU I DEWASTACJI**

Zgodnie z załącznikiem nr 2 do SIWZ – Opis Przedmiotu Zamówienia

Cena: …………………………zł…………gr.

słownie:………………………………………………………………………..złotych……………….groszy

Stawka dla poszczególnych grup: ………………

...................................……………………………….

(podpisy i pieczątki uprawnionych reprezentantów )

**ZAŁĄCZNIK SZCZEGŁOWY DLA CZ II – Informacje dotyczące ceny w rozbiciu na poszczególne ryzyka cena za 24 miesięcy ubezpieczenia**

**INFORMACJE DOTYCZĄCE UBEZPIECZENIA KOMUNIKACYJNEGO:**

**UBEZPIECZENIE OBOWIĄZKOWE ODPOWIEDZIALNOŚCI CYWILNEJ POJAZDÓW**

**Zakres ubezpieczenia i sumy ubezpieczenia wskazane w załączniku nr 2 do SIWZ - Opis Przedmiotu Zamówienia, oraz załącznik nr 9 do SIWZ – wykaz pojazdów**

Cena:…………………………zł…………gr.

słownie:…………………………….…………………………………………..złotych……………….groszy

**INFORMACJE DOTYCZĄCE UBEZPIECZENIA:**

**UBEZPIECZENIE DOBROWOLNE AUTOCASCO**

**Zakres ubezpieczenia i sumy ubezpieczenia wskazane w załączniku nr 2 do SIWZ - Opis Przedmiotu Zamówienia, oraz załącznik nr 9 do SIWZ – wykaz pojazdów**

Cena:…………………………zł…………gr.

słownie:…………………………….………………………………………………………..złotych……………….groszy

Stawka: ……………………….

**INFORMACJE DOTYCZĄCE :**

**UBEZPIECZENIE NASTĘPSTW NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW DLA PASAŻERÓW I KIEROWCY**

**Zakres ubezpieczenia i sumy ubezpieczenia wskazane w załączniku nr 2 do SIWZ - Opis Przedmiotu Zamówienia, oraz załącznik nr 9 do SIWZ – wykaz pojazdów**

Cena: …………………………zł…………gr.

słownie:…………………………….…………………………………………………..złotych………groszy

**INFORMACJE DOTYCZĄCE :**

**UBEZPIECZENIE ASSISTANCE**

**Zakres ubezpieczenia i sumy ubezpieczenia wskazane w załączniku nr 2 do SIWZ - Opis Przedmiotu Zamówienia, oraz załącznik nr 9 do SIWZ – wykaz pojazdów**

Cena: …………………………zł…………gr.

słownie:…………………………….………………………………………………..złotych………groszy

Informujemy, że Wykonawca jest **małym/średnim/dużym\*) przedsiębiorstwem**. (w przypadku oferty wspólnej informację należy odnieść do Lidera składającego ofertę w postępowaniu)

\*Niepotrzebne skreślić

...................................……………………………….

(podpisy i pieczątki uprawnionych reprezentantów)