

**OFERTA**

WYKONAWCA

Nazwa: .............................................................................

Adres: ..............................................................................

NIP: ..............................REGON……………………….

KRS: ...............................................................................

ZAMAWIAJĄCY

Zespół Opieki Zdrowotnej w Lidzbarku Warmińskim

ul. Kard. Stefana Wyszyńskiego 37

11-100 Lidzbark Warmiński

Nawiązując do Zaproszenia do złożenia oferty na **Usługę ubezpieczenia pojazdów Zespołu Opieki Zdrowotnej w Lidzbarku Warmiński** oferuję wykonanie zamówienia zgodnie z warunkami określonymi w Zapytaniu ofertowym.

Łączna cena oferty:……………………. zł brutto

(słownie)…………………………………………………………………………………………….

Oświadczamy, że w cenie oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania zamówienia

i realizacji przyszłego świadczenia umownego.

1. **Rozbicie łącznej ceny na poszczególne ryzyka:**

| Lp. | Rodzaj ubezpieczenia | Składka w PLN |
| --- | --- | --- |
|  | Ubezpieczenie Odpowiedzialności Cywilnej Posiadaczy Pojazdów Mechanicznych (OCPPM) |  |
|  | Ubezpieczenie Auto Casco (AC) |  |
|  | Ubezpieczenie Następstw Nieszczęśliwych Wypadków kierowcy i pasażerów (NNW) |  |
|  | Ubezpieczenie Assistance (ASS) |  |
| *Razem składka  za poszczególne okresy ubezpieczenia wszystkich pojazdów* | |  |

1. **Informacja o akceptacji fakultatywnych klauzul (dodatkowych warunków ubezpieczenia):**

| Lp. | Nazwa dodatkowego warunku ubezpieczenia | Liczba punktów za przyjęcie dodatkowego warunku ubezpieczenia | Akceptacja  Tak/Nie**\*** |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Klauzula roszczeń regresowych | 10 |  |
|  | Klauzula wypłaty odszkodowania bez wyników śledztwa | 10 |  |

**\*** *Wpisać Tak/Nie”*

*Akceptacja danego dodatkowego warunku ubezpieczenia jest jednoznaczna z przyjęciem go do wszystkich rodzajów ubezpieczeń, do których został przypisany w Załączniku nr 1 do Zapytania ofertowego – Warunki ubezpieczenia.*

1. **Warunki płatności za poszczególne rodzaje ubezpieczenia:**

Składka za udzielaną ochronę ubezpieczeniową będzie płatna w 4 ratach na konto Wykonawcy wskazane w danej polisie po doręczeniu Zamawiającemu poprawnie i prawidłowo wystawionej polisy/polis zgodnie z poniższym harmonogramem:

|  |  |
| --- | --- |
| Rata | Termin płatności |
| I rata | 14 dni od rozpoczęcia okresu ubezpieczenia danego pojazdu |
| II rata | 3 miesiące od rozpoczęcia okresu ubezpieczenia danego pojazdu |
| III rata | 6 miesięcy od rozpoczęcia okresu ubezpieczenia danego pojazdu |
| IV rata | 9 miesięcy od rozpoczęcia okresu ubezpieczenia danego pojazdu |

1. **Usługę objętą zamówieniem zobowiązujemy się realizować w terminie:**

od 17.01.2018 r. do 16.01.2019 r.

1. **Oświadczamy, iż:**
2. zapoznaliśmy się z treścią Zapytania ofertowego oraz jego załącznikami i akceptujemy wszystkie warunki zawarte w Zapytaniu w całości i nie wnosimy żadnych zastrzeżeń do jej treści, a zaoferowany przeze nas przedmiot zamówienia spełnia postawione przez Zamawiającego wymagania minimalne opisane w załączniku nr 1 do Zapytania ofertowego- Warunki ubezpieczenia,
3. zapoznaliśmy się z postanowieniami projektu umowy, jej treść została przez nas zaakceptowana i zobowiązujemy się w przypadku wyboru naszej oferty do podpisania umowy na wyżej wymienionych warunkach w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
4. otrzymaliśmy wszelkie dane i informacje niezbędne do przygotowania oferty oraz wykonania zamówienia,
5. ubezpieczenie będzie obsługiwać:

……………………………………………………………………………………………………  
…………………………………………………………………………………………………..  
*(Należy wskazać placówkę Wykonawcy, która będzie obsługiwać ubezpieczenie)*

1. do ubezpieczeń będących przedmiotem zamówienia zastosowanie będą miały wymienione ogólne warunki ubezpieczenia oraz szczególne warunki ubezpieczenia, jeżeli takie występują

| Rodzaj ubezpieczenia | Nazwa, data uchwalenia lub obowiązywania lub numer uchwały, którą zostały ustalone bądź inne oznaczenie umożliwiające identyfikację warunków |
| --- | --- |
| Ubezpieczenie Auto Casco (AC) |  |
| Ubezpieczenie Następstw Nieszczęśliwych Wypadków kierowcy i pasażerów (NNW) |  |
| Ubezpieczenie Assistance (ASS) |  |

1. w przypadku wyboru oferty jako najkorzystniejszej zostanie niezwłocznie przedstawione Zamawiającemu szczegółowe rozbicie składek na poszczególne pojazdy.
2. Osobą uprawnioną do udzielania informacji na temat złożonej oferty, składania wyjaśnień jest

……………………….…………, tel……………….……, e-mail……………………..…………..

**Załączniki do oferty:**

1. ……………………………
2. ……………………………
3. ……………………………
4. ……………………………

*(miejscowość i data) (podpis Wykonawcy)*