Załącznik nr 6 do Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia na usługę ubezpieczenia Zespołu Opieki Zdrowotnej w Lidzbarku Warmińskim

Znak sprawy ZOZ.III-270-06/AG/15

– „Formularz ofertowy”

Nazwa Wykonawcy/Wykonawców w przypadku oferty wspólnej: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Adres wykonawcy\*: ……………………………………………………………………………………………………………………………

Adres e-mail\* na który Zamawiający ma przesyłać korespondencję: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

FORMULARZ OFERTOWY

W związku z ogłoszonym postępowaniem w trybie przetargu nieograniczonego na „Usługę ubezpieczenia Zespołu Opieki Zdrowotnej w Lidzbarku Warmińskim *”*  na okres 12 miesięcy, tj. od 01.05.2015r. do 30.04.2016r. składamy ofertę na realizację zamówienia w zakresie określonym w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia i istotnymi postanowieniami, które zostaną wprowadzone do umowy.

|  |
| --- |
| ŁĄCZNA CENA OFERTY: ……………………………………………………………PLN |

Łączna cena oferty za okres ubezpieczenia wyrażona słownie: …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

1. Rozbicie łącznej ceny na poszczególne ryzyka:

| LP. | RODZAJ UBEZPIECZENIA | SKŁADKA W PLN  |
| --- | --- | --- |
|  | Obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą |  |
|  | Dobrowolne ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej nie związanej z prowadzoną działalnością leczniczą |  |
| RAZEM  |  |

1. Informacja o akceptacji dodatkowych warunków ubezpieczenia:

| LP. | DODATKOWE WARUNKI UBEZPIECZENIA | LICZBA PUNKTÓW ZA PRZYJĘCIE DODATKOWEGO WARUNKU UBEZPIECZENIA | AKCEPTACJATAK/NIE**\*** |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Klauzula kosztów wynagrodzenia rzeczoznawców | 20 |  |
|  | Klauzula informacji | 25 |  |
|  | Warunki płatności (6 rat) | 10 |  |

**\*** W kolumnie „AKCEPTACJA TAK/NIE” w przypadku akceptacji dodatkowego warunku ubezpieczenia należy wpisać słowo „TAK”. W przypadku braku akceptacji dodatkowego warunku należy wpisać słowo „NIE”. Pozostawienie pustego pola uznane będzie jednoznacznie za brak akceptacji danego dodatkowego warunku ubezpieczenia.

Akceptacja danego dodatkowego warunku ubezpieczenia jest jednoznaczna z przyjęciem go do wszystkich rodzajów ubezpieczeń, do których został przypisany w Załączniku nr 1 do SIWZ – „Opis przedmiotu zamówienia”.

1. Oświadczamy, iż:
* Warunki płatności będą minimum zgodne z wzorem umowy będącym załącznikiem do Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia,
* zapoznaliśmy się z treścią Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia oraz jej załącznikami,
* akceptujemy wszystkie warunki zawarte w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia
i nie wnosimy żadnych zastrzeżeń do jej treści
* złożona przez nas oferta spełnia wszystkie wymogi zawarte w Załączniku nr 1 do Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia – „Opis przedmiotu zamówienia - warunki ubezpieczenia”
* otrzymaliśmy wszelkie dane i informacje niezbędne do przygotowania oferty oraz wykonania zamówienia,
* jesteśmy związani z niniejszą ofertą przez okres 30 dni od dnia upływu terminu składani ofert
* zapoznaliśmy się z postanowieniami projektu umowy generalnej, akceptujemy jej zapisy
i zobowiązujemy się, w przypadku wyboru naszej oferty, do podpisania umowy generalnej w terminie i miejscu określonym przez Zamawiającego
* zamierzamy powierzyć podwykonawcom następującą część zamówienia do realizacji ………………………………………………………………………………………………………………………………………
*(w przypadku kiedy Wykonawca nie zamierza powierzyć do realizacji zamówienia żadnej z jego części należy wpisać „NIE DOTYCZY”)*
1. Załączniki do oferty:
2. Oświadczenie o spełnieniu warunków udziału w postępowaniu
3. Oświadczenie o braku podstaw do wykluczenia z postępowania
4. Informacja o przynależności do grupy kapitałowej lub jej braku
5. Lista podmiotów należących do tej samej grupy kapitałowej rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007r. o ochronie konkurencji i konsumentów (Dz. U. nr 50, poz.331, z późn. zm.)
6. Pełnomocnictwo osób podpisujących ofertę
7. Dokumenty potwierdzające posiadanie zezwolenia właściwego organu na prowadzenie działalności ubezpieczeniowej w myśl ustawy z dnia 22 maja 2003 roku o działalności ubezpieczeniowej (Dz. U. z 2003 roku Nr 124, poz. 1151 wraz z poź. zm.), w zakresie co najmniej tożsamym z przedmiotem zamówienia
8. Aktualny odpis z właściwego rejestru lub centralnej ewidencji i informacji o działalności gospodarczej, jeżeli odrębne przepisy wymagają wpisu do rejestru lub ewidencji, w celu wykazania braku podstaw do wykluczenia w oparciu o art. 24 ust. 1 pkt. 2 ustawy Prawo Zamówień Publicznych, wystawiony nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert.
9. Ogólne Warunki Ubezpieczeń:
10. ……………………………………………………………………………………………………………………………………….
11. ……………………………………………………………………………………………………………………………………….
12. ……………………………………………………………………………………………………………………………………….
13. ……………………………………………………………………………………………………………………………………….
14. …………………………………………………………………………………………………………………………………….
15. ……………………………………………………………………………………………………………………………………….
16. Pozostałe załączniki do oferty:

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

…………………………… …………………………………………… *(miejscowość i data) (podpis osoby (osób)*

*uprawnionej(ych) do reprezentowania Wykonawcy)*

*Informacja dla Wykonawcy:*

*Formularz oferty musi być podpisany przez osobę lub osoby uprawnione do reprezentowania firmy
 i przedłożony wraz z dokumentem (-ami) potwierdzającymi prawo do reprezentacji Wykonawcy przez osobę podpisującą ofertę.*

*\* w przypadku oferty wspólnej należy podać dane dotyczące pełnomocnika Wykonawcy*