



pieczęć Wykonawcy

FORMULARZ OFERTOWY

1. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z warunkami udzielenia zamówienia publicznego na usługę ubezpieczenia majątku i odpowiedzialności cywilnej **SAMODZIELNEGO PUBLICZNEGO ZAKŁADU OPIEKI ZDROWOTNEJ – ZESPOŁU ZAKŁADÓW LECZNICTWA OTWARTEGO I ZAMKNIĘTEGO IM. DUŃSKIEGO CZERWONEGO KRZYŻA**, zawartymi w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia i nie wnosimy do nich zastrzeżeń.
2. Oferujemy ubezpieczenie **SAMODZIELNEGO PUBLICZNEGO ZAKŁADU OPIEKI ZDROWOTNEJ – ZESPOŁU ZAKŁADÓW LECZNICTWA OTWARTEGO I ZAMKNIĘTEGO IM. DUŃSKIEGO CZERWONEGO KRZYŻA**
3. w terminie wskazanym w SIWZ zgodnie z warunkami zawartymi w **Załączniku nr 2 do SIWZ** – Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia, w zakresie:

PAKIET 1 TAK / NIE * (skreślić niewłaściwe)

Ubezpieczenia mienia od wszystkich ryzyk

PAKIET 2 TAK / NIE * (skreślić niewłaściwe)

Ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej

4. Podane sumy ubezpieczenia, sumy gwarancyjne, limity i podlimity odnoszą się do rocznych okresów ubezpieczenia.
5. Klauzule i warunki szczególne zawarte w ofercie mają pierwszeństwo nad ogólnymi warunkami ubezpieczenia.
6. Jeżeli w treści OWU znajdują się zapisy dotyczące szerszego zakresu ochrony niż opisany w SIWZ i w złożonej ofercie, to automatycznie zostają one włączone do ochrony ubezpieczeniowej.
7. Stawki określone w ofercie pozostaną bez zmian przez okres obowiązywania umowy ubezpieczenia.
8. W pozostałych sprawach nieuregulowanych niniejszą ofertą mają zastosowanie załączone OWU, będące podstawą złożonej oferty.
9. Uznajemy za wystarczające istniejące zabezpieczenia przeciwpożarowe, przeciwprzepięciowe i przeciwkradzieżowe.
10. Informujemy, że uważamy się za związanych niniejszą ofertą w okresie wskazanym w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia.
11. Oświadczenie Wykonawcy o powierzeniu części zamówienia podwykonawcom, (jeśli dotyczy uzupełnić tabelkę)

Lp.	Rodzaj części zamówienia, której wykonanie wykonawca zamierza powierzyć podwykonawcom
1.	
2.	

12. Akceptujemy treść wzoru umowy – odpowiednio **Załącznik nr 4** i/lub **nr 5 do SIWZ** i zobowiązujemy się w przypadku wygrania przetargu do zawarcia umowy ubezpieczenia w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
13. Osobą uprawnioną do kontaktu z Zamawiającym jest:
nr telefonu/ faxu /e-mail

14. Adres do korespondencji
15. Oferujemy ubezpieczenie **SAMODZIELNEGO PUBLICZNEGO ZAKŁADU OPIEKI ZDROWOTNEJ – ZESPOŁU ZAKŁADÓW LECZNICZTWA OTWARTEGO I ZAMKNIĘTEGO IM. DUŃSKIEGO CZERWONEGO KRZYŻA** w terminie wskazanym w SIWZ zgodnie z warunkami zawartymi w Załączniku nr 2 do SIWZ, w zakresie:

PAKIET 1

TAK / NIE**) skreślić niewłaściwe

w przypadku nieskładania oferty w pakiecie pierwszym prosimy o niewypełnianie pozycji dotyczących pakietu pierwszego oraz niepodpisywanie stron dotyczących pakietu pierwszego.

CENA ZAMÓWIENIA / SKŁADKA

Ubezpieczenie mienia od wszystkich ryzyk

składka za roczny okres ubezpieczenia,
(słownie:zł)

Lp.	Przedmiot ubezpieczenia	Suma ubezpieczenia w zł	Stawka za roczny okres ubezpieczenia (%)	Składka za roczny okres ubezpieczenia (zł)
1.	Budynki	8 317 278,74	.....	.....
2.	Budowle	1 485 938,90	.....	.....
3.	Środki trwałe – maszyny i urządzenia (gr. 3, 4, 5, 6, 8)	2 147 931,91	.....	.....
4.	Środki obrotowe	986 019,47	.....	.....
5.	Niskocenne składniki majątku	988 155,97	.....	.....
6.	Gotówka	15 000,00	.....	.....

Limity dla szkód powstałych w wyniku kradzieży z włamaniem, rabunku i dewastacji

Lp	Rodzaj mienia i rodzaj szkody	Limit (w zł)	Stawka za roczny okres ubezpieczenia (%)	Składka za roczny okres ubezpieczenia (zł)
1.	Wyposażenie	100 000,00	.....	.....
2.	Gotówka w lokalu:	25 000,00	.....	.....
3.	Gotówka w transporcie	20 000,00	.....	.....
4.	Środki obrotowe	50 000,00	.....	.....

Pozostałe limity

L.p.	Rodzaj mienia i rodzaj szkody	Limit (w zł)	Stawka za roczny okres ubezpieczenia (%)	Składka za roczny okres ubezpieczenia (zł)
1.	Przebiecia	200 000,00	.....	.....

Łączna składka przedstawionej oferty za cały okres ubezpieczenia majątku SAMODZIELNEGO PUBLICZNEGO ZAKŁADU OPIEKI ZDROWOTNEJ – ZESPOŁU ZAKŁADÓW LECZNICZTWA OTWARTEGO I ZAMKNIĘTEGO IM. DUŃSKIEGO CZERWONEGO KRZYŻA wynosi: zł brutto, (słownie: zł), w tym VAT zwolniony i płatna będzie przelewem, w czterech ratach kwartalnych.

PAKIET 2

TAK / NIE^{**}) skreślić niewłaściwe

w przypadku nieskładania oferty w pakiecie drugim prosimy o niewypełnianie pozycji dotyczących pakietu drugiego oraz niepodpisywanie stron dotyczących pakietu drugiego.

Ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej

A. Obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą - suma gwarancyjna: równowartość w złotych 100.000 euro na jedno zdarzenie i 500.000 euro na wszystkie zdarzenia, składka za roczny okres ubezpieczenia, (słownie:.....zł)

B. Dobrowolne ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej z tytułu prowadzonej działalności niemedycznej oraz z tytułu posiadania mienia – suma gwarancyjna 200.000 zł na jedno zdarzenie i 100.000 zł na wszystkie zdarzenia (zakres zgodny z Załącznikiem nr 2 do SIWZ), składka za roczny okres ubezpieczenia, (słownie:.....zł)

Łączna składka przedstawionej oferty za cały okres ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej SAMODZIELNEGO PUBLICZNEGO ZAKŁADU OPIEKI ZDROWOTNEJ – ZESPOŁU ZAKŁADÓW LECZNICZTWA OTWARTEGO I ZAMKNIĘTEGO IM. DUŃSKIEGO CZERWONEGO KRZYŻA wynosi: zł brutto, (słownie: zł) w tym VAT zwolniony i płatna będzie przelewem, w czterech ratach kwartalnych.