***Załącznik Nr 2 do SWZ***

## FORMULARZ OFERTY

**Dane dotyczące wykonawcy:**

Pełna nazwa wykonawcy:

...........................................................................................................................................................

...........................................................................................................................................................

Adres (kod, miejscowość, ulica):

...........................................................................................................................................................

NIP:

...........................................................................................................................................................

Regon:

...........................................................................................................................................................

Tel/fax, e-mail

...........................................................................................................................................................

Osoba upoważniona do kontaktu z zamawiającym:

.............................................................email......................................................................................

**Kompleksowe ubezpieczenie Szpitala Wojewódzkiego im. Mikołaja Kopernika w Koszalinie**

**Dotyczy części I: Ubezpieczenie OC**

Oferujemy:

wykonanie usług objętych zamówieniem, zgodnie z wymogami zawartymi w Specyfikacji Warunków Zamówienia, za cenę łączną za 36 miesięczny okres ubezpieczenia:

składka brutto **za 36 miesięcy:** …...............................................…zł**,**

słownie złotych ............................................................................................. ...........................................................................................................................................

Akceptujemy następujące klauzule fakultatywne:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa klauzuli** | **Pkt.** | **Akceptacja** |
| 1. | Klauzula kosztów wynagrodzenia rzeczoznawców | 30 |  |
| 2. | Klauzula likwidacyjna | 30 |  |
| 3. | Klauzula funduszu prewencyjnego | 40 |  |
|  | Razem | 100 |  |

W kolumnie „Akceptacja” w wierszu dotyczącym akceptowanej klauzuli dodatkowej proszę wpisać słowo **„Tak”
w** przypadku przyjęcia danej klauzuli lub słowo **„Nie”** w przypadku braku akceptacji. Brak słowa **„Tak”** lub **„Nie” uznany zostanie jako niezaakceptowanie danej klauzuli dodatkowej.**

**Dotyczy części II: Ubezpieczenia mienia**

Oferujemy:

wykonanie usług objętych zamówieniem, zgodnie z wymogami zawartymi w Specyfikacji Warunków Zamówienia, za cenę łączną za 36 miesięczny okres ubezpieczenia:

składka brutto **za 36 miesięcy** …...............................................…zł**,**

słownie złotych .............................................................................................

...........................................................................................................................................

W tym:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ubezpieczenia mienia/komunikacyjne | Stawka | **Składka brutto w zł za dany okres ubezpieczenia** |
| **Składka brutto w zł za I okres ubezpieczenia (12 miesięcy)** | **Składka brutto w zł za II okres ubezpieczenia****(12 miesięcy)** | **Składka brutto w zł za III okres ubezpieczenia****(12 miesięcy)** |
| 1. Ubezpieczenie mienia od wszystkich ryzyk, w tym ubezpieczenie:
	* + mienia od kradzieży z włamaniem i rabunku,
		+ szyb oraz innych przedmiotów szklanych od rozbicia (stłuczenia).
 | ……. | ……….. | ……….. | ……….. |
| 1. Ubezpieczenie sprzętu elektronicznego od wszystkich ryzyk.
 | …….. | ……….. | ……….. | ……….. |
| 1. Ubezpieczenia komunikacyjne:
 | **Składka brutto w zł za I okres ubezpieczenia (12 miesięcy)** | **Składka brutto w zł za II okres ubezpieczenia****(12 miesięcy)** | **Składka brutto w zł za III okres ubezpieczenia****(12 miesięcy)** |
|  | * + - ubezpieczenie obowiązkowe odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych (OC p.p.m.),
 | ……….. | ……….. | ……….. |
| * + - ubezpieczenie autocasco (AC/KR),
 | ……….. | ……….. | ……….. |
| * + - ubezpieczenie następstw nieszczęśliwych wypadków kierowcy i pasażerów pojazdów mechanicznych (NNW).
 | ……….. | ……….. | ……….. |
| Razem za punkt a), b), c) - składka brutto za 36 miesięcy w zł | ……….. | ……….. | ……….. |

Akceptujemy następujące klauzule fakultatywne:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa klauzuli** | **Pkt.** | **Akceptacja** |
| 1. | Klauzula wyrównania kwot | 20  |  |
| 2. | Klauzula szkód mechanicznych | 20 |  |
| 3. | Klauzula aktów terroryzmu, strajków, niepokojów społecznych, zamieszek (rozruchów), sabotażu | 20 |  |
| 4. | Klauzula katastrofy budowlanej | 20 |  |
| 5. | Klauzula funduszu prewencyjnego | 20 |  |
|  | Razem | 100 |  |

W kolumnie „Akceptacja” w wierszu dotyczącym akceptowanej klauzuli dodatkowej proszę wpisać słowo **„Tak”
w** przypadku przyjęcia danej klauzuli lub słowo **„Nie”** w przypadku braku akceptacji. Brak słowa **„Tak”** lub **„Nie” uznany zostanie jako niezaakceptowanie danej klauzuli dodatkowej.**

**Dotyczy wszystkich części**

**Oświadczamy, że:**

1. zapoznaliśmy się ze specyfikacją warunków zamówienia i nie wnosimy do niej zastrzeżeń,
2. zdobyliśmy konieczne informacje dotyczące realizacji zamówienia oraz przygotowania i złożenia oferty,
3. uważamy się związani niniejszą ofertą przez okres wskazany przez Zamawiającego w specyfikacji warunków zamówienia,
4. w przypadku wybrania naszej oferty umowa ubezpieczenia zostanie zawarta na warunkach ubezpieczenia określonych w Załączniku nr 1 do SWZ „Opis Przedmiotu Zamówienia” zgodnie z wypełnionym Formularzem Oferty i Załącznikami do Formularza Oferty oraz „wzorze umowy” w miejscu i terminie określonym przez zamawiającego. W pozostałych kwestiach będą miały zastosowanie Ogólne Warunki Ubezpieczenia, które przedłożymy przed podpisaniem umowy: (*podać rodzaj warunków ubezpieczenia i datę uchwalenia/wejścia
w życie*)

 1. OWU ..............................................................................................................

 2. OWU ..............................................................................................................

 3. OWU ..............................................................................................................

1. wyrażamy zgodę na:
2. ratalną płatność składki,
3. przyjęcie do ochrony wszystkich miejsc prowadzenia działalności,
4. przyjęcie wszystkich warunków wymaganych przez zamawiającego dla poszczególnych ryzyk ubezpieczeniowych wymienionych w załącznikach do specyfikacji.
5. na wystawianie polis na okres krótszy niż 1 rok. W takim przypadku składka roczna rozliczana będzie „co do dnia ” za faktyczny okres ochrony. Nie ma zastosowania składka minimalna z polisy ubezpieczeniowej.
6. powierzymy/nie powierzymy\* wykonanie zamówienia podwykonawcy. W zakresie …………………………………
7. dotyczy wykonawców działających w formie Towarzystwa Ubezpieczeń Wzajemnych\*.

Składając ofertę ubezpieczenia w niniejszym postępowaniu oświadczam/-y*,* że:

* w naszym statucie przewidujemy możliwość ubezpieczania osób nie będących członkami towarzystwa;
* Zamawiający nie będzie zobowiązany do udziału w pokrywaniu straty towarzystwa przez wnoszenie dodatkowej składki ubezpieczeniowej w całym okresie realizacji zamówienia, zgodnie z art. 111 ust. 2 Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej;
* składka przypisana Zamawiającemu w okresie realizacji zamówienia mieści się w 10% składki przypisanej towarzystwu przypadającej na osoby nie będące członkami towarzystwa, zgodnie z art. 111 ust. 3 Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

\* - niepotrzebne skreślić

Załącznikami do niniejszej oferty są następujące dokumenty:

|  |  |
| --- | --- |
| L.p. | Załącznik |
| 1 | Pełnomocnictwo |
| 2 | JEDZ |
| 3 | Oświadczenia wykonawcy ubiegającego się o udzielenie zamówienia  |

**Zastrzeżenie:**

Załączniki nr …………………………………………………. nie mogą być udostępnione,

ponieważ zawierają informacje stanowiące tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji.

(......................................)

Podpis(podpisy) osoby(osób) upoważnionej(ych)

do reprezentowania wykonawcy

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2022 r.