***Załącznik nr 2 do SIWZ*** *Formularz Oferty* ***(.......... stron)***

**FORMULARZ OFERTY**

*Oznaczenie wykonawcy – pełne nazwy wykonawcy/ów składających ofertę*

**ZAMAWIAJĄCY:**

**Szpital Miejski w Miastku Sp. z o.o.**

**ul. Generała Wybickiego 30**

**77-200 Miastko**

Działając w imieniu wymienionego/ych powyżej Wykonawcy/ów oferujemy realizację na rzecz Zamawiającego zamówienia publicznego pn. „*Ubezpieczenie Szpitala Miejskiego w Miastku Sp. z o.o.*”, w odniesieniu do następujących części zamówienia:

CZĘŚĆ 01 TAK / NIE

CZĘŚĆ 02 TAK / NIE

(\*proszę wybrać odpowiednie)

na 36 – miesięczny okres ubezpieczenia, proponując składkę ubezpieczeniową ustaloną zgodnie z wymogami opracowanej przez Zamawiającego Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia (dalej SIWZ) i określoną w części szczegółowej Formularza Oferty.

W przypadku wybrania naszej oferty umowy ubezpieczenia zostaną zawarte na warunkach określonych w Załączniku nr 1 do SIWZ – Opis Przedmiotu Zamówienia, zgodnie z wypełnionym Formularzem Oferty i Załącznikami do Formularza Oferty. W pozostałych kwestiach proponujemy, aby miały zastosowanie Ogólne (Szczególne) Warunki Ubezpieczenia załączone do oferty lub wskazane przez Wykonawcę w ofercie (zgodnie z postanowieniami pkt. 11.1.4. SIWZ). Jeżeli załączone/wskazane Ogólne (Szczególne) Warunki Ubezpieczenia odbiegają od warunków ubezpieczenia określonych w SIWZ lub są z nią sprzeczne, za wiążące uznajemy minimalne warunki określone w SIWZ.

Jednocześnie zobowiązujemy się uwzględnić w zawartych umowach postanowienia klauzul dodatkowych wymaganych w SIWZ dla poszczególnych ubezpieczeń.

Uważamy się za związanych złożoną ofertą przez 30 dni od momentu upływu terminu do składania ofert.

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

(data, podpisy i pieczątki uprawnionych reprezentantów lub umocowanych przedstawicieli Wykonawcy)

UWAGA: osoba podpisująca ofertę powinna parafować wszystkie strony formularza.

**FORMULARZ OFERTY**

CZĘŚĆ A – WYKONAWCA

Szczegółowe oznaczenie Wykonawcy/ów

Pełna nazwa Wykonawcy/ów z podaniem adresu

Lider konsorcjum (dotyczy Wykonawców ubiegających się wspólnie o udzielenie zamówienia)

Kontakt tel./fax./e-mail

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

***Oświadczenie wymagane od wykonawcy w zakresie wypełnienia obowiązków informacyjnych przewidzianych w art. 13 lub art. 14 RODO***

Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO1) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.\*

\* W przypadku gdy wykonawca nie przekazuje danych osobowych innych niż bezpośrednio jego dotyczących lub zachodzi wyłączenie stosowania obowiązku informacyjnego, stosownie do art. 13 ust. 4 lub art. 14 ust. 5 RODO treści oświadczenia wykonawca nie składa (usunięcie treści oświadczenia np. przez jego wykreślenie).

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

(data, podpisy i pieczątki uprawnionych reprezentantów lub umocowanych przedstawicieli Wykonawcy)

|  |
| --- |
| **POUCZENIE**  *Niniejszy formularz należy wypełniać z uwzględnieniem następujących zasad:*   * *stawki powinny być podane* ***w procentach z dokładnością, co najmniej do dwóch miejsc po przecinku****,* * *cena powinna wynikać* ***z iloczynu sum/y ubezpieczenia oraz zaoferowanej zgodnie z powyższymi zasadami stawki*** *i podana z dokładnością do jednego grosza. Zaokrąglenia części ułamkowej grosza dokonuje się zgodnie z zasadami matematycznymi.* |
| **Wprowadzenie jakichkolwiek zastrzeżeń lub postawień odbiegających od warunków określonych w SIWZ skutkować będzie odrzuceniem oferty na podstawie art. 89 ust. 1 pkt. 2 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych.** |

CZĘŚĆ B – ZAKRES OFERTY

W ramach niniejszego postępowania składamy ofertę ubezpieczenia na:

**CZĘŚĆ 01**

* + - 1. Ubezpieczenie mienia od ognia i innych zdarzeń losowych,
      2. Ubezpieczenie mienia od kradzieży z włamaniem i rabunku.

**TAK/NIE\***

**CZĘŚĆ 02**

* + - 1. Obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą,
      2. Dobrowolne ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone osobie trzeciej   
         w związku z prowadzeniem działalności i posiadaniem mienia.

**TAK/NIE\***

CZĘŚĆ C – TERMIN REALIZACJI ZAMÓWIENIA:

Dla części 01, 02 zamówienia: od 30.12.2020 r. do 29.12.2023 r. i dzieli się na trzy roczne okresy rozliczeniowe:

* pierwszy okres rozliczeniowy - od 30.12.2020 r. do 29.12.2021 r.,
* drugi okres rozliczeniowy – od 30.12.2021 r. do 29.12.2022 r.,
* trzeci okres rozliczeniowy - od 30.12.2022 r. do 29.12.2023 r.

CZĘŚĆ D– TERMINY PŁATNOŚCI SKŁADKI:

Składka ubezpieczeniowa za część 01, 02, zamówienia zostanie opłacona w 4 równych ratach.

CZĘŚĆ E – CENA ZA REALIZACJĘ ZAMÓWIENIA:

Łączna cena realizacji zamówienia w całym okresie ubezpieczenia za:

**CZĘŚĆ 01**

* + - 1. Ubezpieczenie mienia od ognia i innych zdarzeń losowych,
      2. Ubezpieczenie mienia od kradzieży z włamaniem i rabunku.

stanowi kwotę określoną:

1. w pkt. 3 b) Załącznika nr 1 do Formularza oferty,
2. w pkt. 3 b) Załącznika nr 2 do Formularza oferty

i wynosi:

…………………………zł…………gr.

Słownie:

………………………………………………………………………………………………złotych………………

**CZĘŚĆ 02**

* + - 1. Obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą,
      2. Dobrowolne ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone osobie trzeciej   
         w związku z prowadzeniem działalności i posiadaniem mienia,

stanowi sumę kwot określonych:

* + 1. w pkt. 3 b) Załącznika nr 3 do Formularza Oferty,
    2. w pkt. 3 b) Załącznika nr 4 do Formularza Oferty,

i wynosi:

…………………………zł…………gr.

Słownie:

………………………………………………………………………………………………złotych………………groszy

CZĘŚĆ F – ZAŁĄCZNIKI DO FORMULARZA OFERTY

Załącznikami do niniejszego Formularza są:

|  |  |
| --- | --- |
| W zakresie części 01: | |
| Załącznik nr 1 | Informacje dotyczące ubezpieczenia mienia od ognia i innych zdarzeń losowych; |
| Załącznik nr 2 | Informacje dotyczące ubezpieczenia mienia od kradzieży z włamaniem i rabunku |
| W zakresie części 02: | |
| Załącznik nr 3 | Informacje dotyczące obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą; |
| Załącznik nr 4 | Informacje dotyczące dobrowolnego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone osobie trzeciej w związku z prowadzoną działalnością i posiadaniem mienia; |

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

(data, podpisy i pieczątki uprawnionych reprezentantów lub umocowanych przedstawicieli Wykonawcy)

**ZAŁĄCZNIK NR 1**

**(do Formularza Oferty)**

**Informacje dotyczące ubezpieczenia mienia od ognia i innych zdarzeń losowych**

1. **Podstawa zawarcia ubezpieczenia**

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

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

1. **Wartość mienia do ubezpieczenia. Stawka i składka za ubezpieczenie**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Przedmiot ubezpieczenia** | **Suma ubezpieczenia  (zł)** | **Stawka (%)** | **Składka (zł) za 12 miesięcy** |
| Grupy 1-2 KŚT | 48 714 003,00 |  |  |
| Grupa 3 KŚT | 124 310,00 |  |  |
| Grupa 4 KŚT | 718 085,00 |  |  |
| Grupa 5 KŚT | 7 015,00 |  |  |
| Grupa 6 KŚT | 94 568,00 |  |  |
| Grupa 7 KŚT (z wyłączeniem pojazdów ubezpieczonych w ramach AC) | 90 094,00 |  |  |
| Grupa 8 KŚT | 11 154 769,00 |  |  |
| mienie ruchome użytkowane na podstawie umowy najmu, dzierżawy, użyczenia, itp. formy | 94 500,00 |  |  |
| środki obrotowe | 60 000,00 |  |  |
| mienie (leki, szczepionki, inne materiały medyczne) przechowywane w urządzeniach bądź pomieszczeniach chłodniczych/klimatyzacyjnych | 70 000,00 |  |  |
| niskocenne składniki majątku (w tym środki pozabilansowe) | 100 000,00 |  |  |
| mienie pracownicze | 20 000,00 |  |  |
| mienie pacjentów | 10 000,00 |  |  |
| gotówka | 15 000,00 |  |  |
| szyby i przedmioty szklane od stłuczenia | 3 000,00 |  |  |
|  |  | **Składka łączna** |  |

1. **Składka**
2. **za 12-sto miesięczny okres ubezpieczenia zamówienia wynosi:**

|  |
| --- |
| ……………………………………zł…………gr. |

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

1. **za 36-cio miesięczny okres ubezpieczenia (stanowiąca 3-krotność składki   
   za 12-miesięczny okres ubezpieczenia, wskazanej w pkt. 3 a) wynosi:**

…………………………zł…………gr.

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

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

(data, podpisy i pieczątki uprawnionych reprezentantów lub

umocowanych przedstawicieli Wykonawcy)

**ZAŁĄCZNIK NR 2**

**(do Formularza Oferty)**

**Informacje dotyczące ubezpieczenia mienia od kradzieży z włamaniem i rabunku**

* 1. **Podstawa zawarcia ubezpieczenia i warunki ubezpieczenia:**

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

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

* 1. **Wartość mienia do ubezpieczenia. Stawka i składka za ubezpieczenie:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Przedmiot ubezpieczenia** | **Suma ubezpieczenia (zł)** | **Stawka w % za 12 miesięcy** | **Składka za 12 miesięcy** |
| Środki trwałe, urządzenia  i wyposażenie | 50 000,00 |  |  |
| Środki obrotowe | 30 000,00 |  |  |
| Gotówka od kradzieży  z włamaniem i rabunku  w lokalu | 15 000,00 |  |  |
| Mienie pracownicze | 5 000,00 |  |  |
| Mienie pacjentów | 5 000,00 |  |  |
| Koszty naprawy zabezpieczeń | 3 000,00 |  |  |
| Kradzież zwykła | 10 000,00 |  |  |
| **Razem:** | | |  |

* 1. **Składka**

1. **za 12-sto miesięczny okres ubezpieczenia zamówienia wynosi:**

|  |
| --- |
| ………….…………………………zł…………gr. |

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

1. **za 36-cio miesięczny okres ubezpieczenia (stanowiąca 3-krotność składki za 12-miesięczny okres ubezpieczenia, wskazanej w pkt. 3 a) wynosi:**

…………………………zł…………gr.

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

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

(data, podpisy i pieczątki uprawnionych reprezentantów lub

umocowanych przedstawicieli Wykonawcy

**ZAŁĄCZNIK NR 3**

**(do Formularza Oferty)**

**Informacje dotyczące obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą**

1. **Podstawa zawarcia ubezpieczenia i warunki ubezpieczenia:**

Art. 25 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. 2015.poz. 618   
z późn. zmianami).

Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 29 kwietnia 2019 r. r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2019 r. poz. 866).

1. **Suma gwarancyjna, składka:**

Równowartość w złotych kwoty 100 000 euro na jedno zdarzenie i 500 000 euro na wszystkie zdarzenia w każdym okresie rozliczeniowym.

1. **Składka**
2. **za 12-sto miesięczny okres ubezpieczenia wynosi:**

|  |
| --- |
| ………….…………………………zł…………gr. |

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

1. **za 36-cio miesięczny okres ubezpieczenia (stanowiąca 3-krotność składki   
   za 12-miesięczny okres ubezpieczenia, wskazanej w pkt. 3 a) wynosi:**

|  |
| --- |
| ………….…………………………zł…………gr. |

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

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

(data, podpisy i pieczątki uprawnionych reprezentantów lub

umocowanych przedstawicieli Wykonawcy)

**ZAŁĄCZNIK NR 4**

**(do Formularza Oferty)**

**Informacje dotyczące dobrowolnego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone osobie trzeciej w związku z prowadzeniem działalności   
i posiadaniem mienia**

1. **Podstawa zawarcia ubezpieczenia:**

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

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

1. **Suma gwarancyjna. Składka za ubezpieczenie:**

Suma gwarancyjna wynosi 500 000,00 zł na jeden i wszystkie zdarzenia w każdym okresie rozliczeniowym.

1. **Składka**
2. **za 12-sto miesięczny okres ubezpieczenia wynosi:**

|  |
| --- |
| ………….…………………………zł…………gr. |

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

1. **za 36-cio miesięczny okres ubezpieczenia (stanowiąca 3-krotność składki za 12-miesięczny okres ubezpieczenia, wskazanej w pkt. 3 a) wynosi:**

|  |
| --- |
| ………….…………………………zł…………gr. |

słownie:…………………………….………………………………………………………………..złotych……………….grosz

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

(data, podpisy i pieczątki uprawnionych reprezentantów lub

umocowanych przedstawicieli Wykonawcy)

\*Wykonawca podpisuje własnoręcznie dokument w sytuacji z złożenia Formularza w wersji papierowej.