**FORMULARZ OFERTOWY   
na część 2 – usługa ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej**

### *Zamawiający*:

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Choszcznie

Ul. Niedziałkowskiego 4A 73-200 Choszczno

KRS 0000009766, NIP 5941248545, REGON 210373543

#### Dane Wykonawcy:

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa Wykonawcy (Wykonawców): |  |
| Adres Wykonawcy (Wykonawców) |  |
| Adres poczty elektronicznej |  |
| Numer telefonu: |  |
| NIP Wykonawcy (Wykonawców) |  |
| REGON Wykonawcy (Wykonawców) |  |

**OŚWIADCZENIA WYKONAWCY:**

1. W nawiązaniu do ogłoszenia o zamówieniu na „Usługi ubezpieczenia Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Choszcznie (2 części)” składamy ofertę w zakresie **ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej – Część 2** i na warunkach określonych w Specyfikacji Warunków Zamówienia zgodnie z warunkami określonymi w Załączniku nr 2 do SWZ jako ZAKRES MINIMALNY (obligatoryjny) oraz dodatkowo w zakresie preferowanym zgodnie z wypełnioną przez nas częścią „PREFEROWANY ZAKRES UBEZPIECZENIA” niniejszego Formularza ofertowego.

**KRYTERIUM CENA**

1. Oferujemy realizację „Usługi ubezpieczenia Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Choszcznie (2 części)” w zakresie **ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej – Część 2** na rzecz Zamawiającego za następującą cenę ofertową obliczona zgodnie z wymogami pobranej od Zamawiającego SWZ:

|  |
| --- |
| **Łączna cena/składka przedstawionej oferty dla CZĘŚCI 2,** za wskazany w SWZ **36 miesięczny** okres realizacji zamówienia wynosi: |
| zł  *słownie****:*** zł |
| **brutto** w tym VAT zwolniony.  Płatność składki przelewemjednorazowo w odniesieniu do rocznego okresu ubezpieczenia – przy czym termin płatności winien przypadać nie wcześniej niż 15 dni po dniu wystawienia polisy  **Łączna cena/składka jest sumą składek za poszczególne rodzaje:** |
| **2.1. 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 w rocznym okresie ubezpieczenia |
| składka za **roczny** okres ubezpieczenia wynosi: *zł*  składka za **3-letni** okres ubezpieczenia wynosi:  *zł* |
| **2.2. Dobrowolne ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej za szkody będące następstwem udzielania bądź zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych** – suma gwarancyjna 500.000 zł na jedno i 1.000.000 wszystkie zdarzenia w rocznym okresie ubezpieczenia |
| składka za **roczny** okres ubezpieczenia wynosi: *zł*  składka za **3-letni** okres ubezpieczenia wynosi:  *zł* |
| **2.3. Dobrowolne ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej z tytułu prowadzonej działalności oraz posiadania mienia z wyłączeniem szkód osobowych będących następstwem udzielania bądź zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych** – suma gwarancyjna 200.000 zł na jedno i wszystkie zdarzenia w rocznym okresie ubezpieczenia. |
| składka za **roczny** okres ubezpieczenia wynosi: *zł*  składka za **3-letni** okres ubezpieczenia wynosi:  *zł* |

**Składki za ubezpieczenie wyżej określonego mienia/ryzyk/klauzul, które nie zostały uwzględnione w składkach w powyższej tabeli Wykonawca stosuję dodatkowa taryfikację. -** *wypełnić tylko, jeśli nie wszystkie składki zostały uwzględnione w składkach w powyższej tabeli*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | 1. **Rodzaj ubezpieczonego mienia/ryzyko/klauzula** | **Składka za roczny okres ubezpieczenia (zł)** |
| 1. |  |  |
| 2. |  |  |
| Łączna składka roczna | |  |
| Łączna składka za okres 3 lat (składka roczna x3) | |  |

**KRYTERIUM PREFEROWANY ZAKRES UBEZPIECZENIA**

***KLAUZULE***

* *Wykonawca obowiązany jest wypełnić kolumnę „2”, wpisując słowo „TAK” albo „NIE”.*
* *W przypadku akceptacji Klauzuli /Ryzyka/ limitu sumy z zakresu preferowanego w treści opisanej w SWZ prosimy o wpisanie słowa „TAK” w kolumnie „2”*
* *W przypadku odrzucenia Klauzuli /Ryzyka/ limitu sumy z zakresu preferowanego w treści opisanej w SWZ prosimy o wpisanie słowa „NIE” w kolumnie „2”.*
* *Klauzula przyjęta w treści opisanej w SWZ otrzyma liczbę punktów wskazaną w kolumnie „3” poniższej tabeli dla danej klauzuli.*
* *Brak akceptacji klauzuli/ryzyka w treści SWZ spowoduje nieprzyznanie punktów*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 |
| **Klauzule** | **Akceptujemy w treści opisanej w SWZ**  **(TAK / NIE)** | **Liczba punktów możliwych do uzyskania** |
| *Dotyczące wszystkich ubezpieczeń odpowiedzialności cywilnej:* | | |
| Klauzula interwencji ubocznej |  | 2 |
| 1. Klauzula zniżki za dobry przebieg ubezpieczenia |  | 4 |
| 1. Klauzula realizacji odsetek |  | 4 |
| 1. Klauzula realizacji wyroku |  | 1 |
| 1. Klauzula funduszu prewencyjnego |  | 10 |
| *Dotyczące dobrowolnych ubezpieczeń odpowiedzialności cywilnej wskazanych w pkt 2 i 3 dla części 2:* | | |
| 1. Klauzula kosztów ochrony |  | 1 |
| 1. Klauzula szkód wynikłych z niedotrzymania terminów |  | 1 |
| *Dotyczące dobrowolnego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej wskazanego w pkt 2 dla części 2 :* | | |
| 1. Klauzula szkód wynikłych z braku lub niewłaściwego zabezpieczenia |  | 1 |
| 1. Klauzula szkód związanych z naruszeniem dóbr osobistych |  | 6 |
| **Razem** |  | 30 |

1. Zapoznaliśmy się z warunkami udzielenia zamówienia publicznego na **Usługi ubezpieczenia**  **Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Choszcznie (2 części),** zawartymi w Specyfikacji Warunków Zamówienia i **nie wnosimy do nich zastrzeżeń.**
2. Informujemy, że uważamy się za związanych niniejszą ofertą w okresie wskazanym w Specyfikacji Warunków Zamówienia.
3. Akceptujemy treść wzoru umowy stanowiącą **Załącznik nr 3b do SWZ** i zobowiązujemy się   
   w przypadku wybrania naszej oferty jako najkorzystniejszej do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
4. Wybór naszej oferty nie będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego.

*Uwaga: jeżeli wybór oferty będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego należy skreślić powyższe oświadczenie i przedłożyć wykaz zawierający nazwę usługi, której świadczenie będzie prowadzić do jego powstania oraz jej wartość bez kwoty podatku.*

1. Wykonawca jest: *(prosimy właściwe zaznaczyć)*

mikroprzedsiębiorstwem

małym przedsiębiorstwem.

średnim przedsiębiorstwem.

nie jest mikroprzedsiębiorstwem bądź małym lub średnim **przedsiębiorstwem.**

*\* Zamawiający definiuje mikro, małego i średniego przedsiębiorcę zgodnie z ustawą z dnia 6 marca 2018 r. Prawo przedsiębiorców. Art. 7. 1. (…) w zgodzie z Zaleceniem Komisji z dnia 6 maja 2003 r. dotyczącym definicji przedsiębiorstw mikro, małych i średnich (notyfikowane jako dokument nr C(2003) 1422).*

1. **Oferta:** *(prosimy właściwe zaznaczyć )* **\***

zawiera informacje

nie zawiera informacji

stanowiące/ych **tajemnicę przedsiębiorstwa** w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji.

*\*(Jeżeli Wykonawca nie zakreśli żadnej z powyższych opcji, Zamawiający przyjmie, że oferta nie zawiera informacji stanowiących tajemnicę przedsiębiorstwa).*

1. **Oświadczenie** Wykonawcy o powierzeniu części zamówienia podwykonawcom*,* ***(****jeśli dotyczy uzupełnić tabelę****).***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa firmy podwykonawcy | Rodzaj części zamówienia, której wykonanie wykonawca zamierza powierzyć podwykonawcom | Wartość lub procentowa część, jaka ewentualnie zostanie zlecona |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. **Oświadczenie** składane w przypadku wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia (konsorcja).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Lp.*** | ***Nazwa firmy konsorcjanta*** | Posiada zezwolenie na wykonywanie działalności ubezpieczeniowej w zakresie ubezpieczeń, o których mowa w dziale II w grupie 13 załącznika do ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej |
|  |  | TAK  NIE |
|  |  | TAK  NIE |
|  |  | TAK  NIE |

1. W celu potwierdzenia, że osoba działająca w imieniu Wykonawcy jest umocowana do jego reprezentowania, proszę wskazać bezpłatne i ogólnodostępne bazy danych z Krajowego Rejestru Sądowego lub Centralnej Ewidencji Informacji o Działalności Gospodarczej lub innego właściwego rejestru:

|  |  |
| --- | --- |
| Baza danych |  |

1. Oświadczamy, że osoby wykonujące czynności opiekuna / administratora umowy w zakresie realizacji zamówienia będą zatrudnione na podstawie umowy o pracę.
2. Oświadczamy, pod groźbą odpowiedzialności karnej (art. 297 KK), że załączone do oferty dokumenty opisują stan prawny i faktyczny, aktualny na dzień otwarcia ofert.
3. Wypełniliśmy obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), dalej „RODO”, wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskaliśmy w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu lub zachodzi wyłączenie stosowania obowiązku informacyjnego, stosownie do art. 13 ust. 4 lub art. 14 ust. 5 RODO.
4. **Ochrona danych osobowych**

Zgodnie z art. 13 ust. 1 Ogólnego Rozporządzenia o Ochronie Danych (RODO) informujemy, że:

Administratorem Państwa danych osobowych jest Michał Pudakiewicz, ul. M. Niedziałkowskiego 4a, 73-200 Choszczno, tel. 95 765 87 01

Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych w SPZOZie jest możliwy pod adresem:

Michał Pudakiewicz, ul. M. Niedziałkowskiego 4a, 73-200 Choszczno, tel. 95 765 87 01

Dane osobowe Wykonawcy przetwarzane będą na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO w celu związanym z postępowaniem o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonym w trybie przetargu nieograniczonego na podstawie art. 132 ustawy z dnia 11 września 2019 r. – Prawo zamówień publicznych, dalej ustawa PZP.

Dane osobowe mogą być udostępnione innym uprawnionym podmiotom, na podstawie przepisów prawa, a także podmiotom, z którymi administrator zawarł umowę w związku z realizacją usług na rzecz administratora (np. kancelarią prawną, dostawcą oprogramowania, zewnętrznym audytorem, zleceniobiorcą świadczącym usługę z zakresu ochrony danych osobowych). odbiorcami danych osobowych Wykonawcy będą również osoby lub podmioty, którym udostępniona zostanie dokumentacja postępowania w oparciu o art. 74 ustawy PZP;

Administrator nie zamierza przekazywać Państwa danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej;

Mają Państwo prawo uzyskać kopię swoich danych osobowych w siedzibie administratora.

Dodatkowo zgodnie z art. 13 ust. 2 RODO informujemy, że:

Dane osobowe Wykonawcy będą przechowywane, zgodnie z art. 78 ustawy PZP, przez okres 4 lat od dnia zakończenia postępowania o udzielenie zamówienia, a jeżeli czas trwania umowy przekracza 4 lata, okres przechowywania obejmuje cały czas trwania umowy; w przypadku zamówień realizowanych w ramach projektów (np. współfinansowanych ze środków Unii Europejskiej) przez okres wskazany w wytycznych w zakresie kwalifikowalności wydatków;

Przysługuje Państwu prawo dostępu do treści swoich danych, ich sprostowania lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego;

Podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednakże niezbędne do realizacji ww. celu. Konsekwencje niepodania danych określa ustawa PZP;

Administrator nie podejmuje decyzji w sposób zautomatyzowany w oparciu o Państwa dane osobowe.

1. Osobą uprawnioną do kontaktu z Zamawiającym jest:

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i Nazwisko |  |
| nr telefonu/e-mail |  |
| adres do korespondencji |  |

1. W kwestiach nieuregulowanych w SWZ lub niniejszym Formularzu ofertowym do umowy będą mieć zastosowanie (Wykonawca winien wypełnić poniższe do celów wskazania OWU lub innych wzorców umowy )

|  |
| --- |
|  |

Uwaga: *OWU lub inne wzorce umowy Wykonawcy nie są częścią oferty, a Zamawiający nie będzie badał ich zgodności z treścią SWZ, nawet jeśli Wykonawca dołączy je do oferty.)*

1. Załączniki do Formularza ofertowego (uzupełnić jeśli Wykonawca takie załącza):

(Wymagane oświadczenia lub dokumenty, wymienione w rozdziale VIII SWZ, nie są przez Zamawiającego uważane za Załączniki do Formularza ofertowego)

|  |
| --- |
|  |

Formularz ofertowy musi być opatrzony przez osobę lub osoby upoważnione do reprezentowania firmy - **kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub** **podpisem zaufanym, osobistym** zgodnie z Rozdziałem XII SWZ i przekazany Zamawiającemu wraz z dokumentem (-ami) potwierdzającymi prawo do reprezentacji Wykonawcy przez osobę lub osoby podpisujące ofertę zgodnie z zapisami Rozdziału XI SWZ.

Uwaga! Nanoszenie jakichkolwiek zmian w treści dokumentu po opatrzeniu ww. podpisem może skutkować naruszeniem integralności podpisu, a w konsekwencji skutkować odrzuceniem oferty.