Załącznik nr 6 do SWZ

Pełna nazwa Wykonawcy:

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

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

Adres siedziby Wykonawcy:

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

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

NIP: ....................................................

REGON: ....................................................

KRS …………………………

Nr telefonu: ....................................................

Adres email…………………………………

Adres strony internetowej (jeżeli dotyczy) …………………………

Dane teleadresowe osoby upoważnionej

do kontaktowania się z Zamawiającym:

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

Osoba upoważniona do podpisania umowy

(imię, nazwisko, funkcja):

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

**Rodzaj wykonawcy**

Mikroprzedsiębiorstwo - TAK/NIE\*

Małe przedsiębiorstwo - TAK/NIE\*

Średnie przedsiębiorstwo - TAK/NIE\*

Jednoosobowa działalność gospodarcza - TAK/NIE\*

Osoba fizyczna nieprowadząca działalność gospodarczą - TAK/NIE\*

Inny rodzaj - TAK/NIE\*

## O F E R T A W Y K O N A W C Y

**Pakiet II**

1. Oferujemy  za cenę na okres 24 miesięcy (dwa roczne okresy polisowe ) :

**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

Za kwotę brutto ……………………………………………………………………………… zł

Słownie ………………………………………………………………………………………..zł

**B) Dobrowolne ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą**

za kwotę brutto ................................................................................................................zł

słownie .............................................................................................................................zł

**C) Dobrowolne ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej z tytułu prowadzonej działalności i posiadanego mienia**

**Całkowita wartość przedmiotu zamówienia**

**Prosimy zliczyć kwoty ogółem – od pozycji A do C**

**Wartość brutto ..............................zł (słownie : ………………………………………..złotych)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Klauzule fakultatywne (dotyczy OC dobrowolnego )** | **Przyjęta TAK/NIE** |
| 1 | Klauzula fakultatywna nr 1 – dedykowanego likwidatora |  |
| 2 | Klauzula fakultatywna nr 2 – naruszenia dóbr osobistych |  |
| 3 | Klauzula fakultatywna nr 3 – rozszerzenia OC pracodawcy o choroby zawodowe |  |
| 4 | Klauzula fakultatywna nr 4 –przejęcia odpowiedzialności |  |
| 5 | Zniesienie wszystkich podlimitów w swz w odniesieniu do głównej sumy gwarancyjnej nr 5 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Rozłożenie płatności na raty - ilość rat** | **w jednej z zaakceptowanej ilości rat prosimy wpisać odpowiedź TAK pozostałe NIE** |
| 1 | 4 raty |  |
| 2 | 5 rat |  |
| 3 | 6 rat |  |

2. Akceptujemy wszystkie klauzule obligatoryjne .

3. Sumy ubezpieczenia limity , udziały własne i franszyzy zgodnie z SWZ

4. Składka za ubezpieczenie zostanie rozłożona na …….. (*wpisać liczbę rat )*  równe nieoprocentowane raty w okresie ubezpieczenia. Składka płacona będzie z terminem płatności pierwszej raty przypadającym na 20 stycznia 2022 r. Szczegółowy harmonogram płatności rat zostanie ustalony przez strony w zależności od ich ilości po podpisaniu umowy .

5. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się treścią SWZ i nie wnosimy do niej zastrzeżeń oraz zdobyliśmy konieczne informacje do przygotowania oferty.

6. Oświadczamy, że zawarte w SWZ projektowane postanowienia umowy zostały przez nas zaakceptowane i zobowiązujemy się w przypadku wyboru naszej oferty do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.

7. [nie zamierzam(y) powierzać do podwykonania żadnej części niniejszego zamówienia / następujące części niniejszego zamówienia zamierzam(y) powierzyć podwykonawcom][[1]](#footnote-1):

|  |  |
| --- | --- |
| **l.p.** | **Nazwa części zamówienia/nazwa podwykonawcy** |
|  |  |
|  |  |

8. Przedstawicielem Wykonawcy – koordynatorem uprawnionym do kontaktu z Zamawiającym w sprawach związanych z realizacją zamówienia jest………………………………………, tel. ………..

9. Wykonawca oświadcza, że wybór jego oferty nie będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego\*/ wybór jego oferty będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego, poniżej wskazuje nazwę (rodzaj) towaru, których dostawa będzie prowadzić do jego powstania, oraz wskazuję ich wartość bez kwoty podatku ……….\*

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

\*\* Rozporządzenie 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).

\*\*\* 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).

Integralną część niniejszej oferty stanowią:

1. Wypełnione i podpisane załączniki: 9, 16 (o ile dotyczą) do niniejszej SWZ.

„***Niniejszy dokument powinien być podpisany kwalifikowanym podpisem elektronicznym”***

1. Wykonawca usuwa niepotrzebne. [↑](#footnote-ref-1)