**Załącznik nr 2**

**FORMULARZ OFERTOWY**

**Do Zamawiającego :**

**Wielospecjalistyczny Szpital Miejski im. dr Emila Warmińskiego SPZOZ w Bydgoszczy**

**ul. Szpitalna 19, 85-826 Bydgoszcz**

**Tel. 52 37 09 400**

**NIP: 953 22 93 970**  **REGON: 092354746**

Nawiązując do ogłoszonego w dniu 13.04.2022r. w Dzienniku Urzędowym Unii Europejskiej pod nr 2022/S 073-195710 przetargu nieograniczonego, na stronie internetowej <https://platformazakupowa.pl/pn/mbu> pod nazwą **„Usługi kompleksowego ubezpieczenia Wielospecjalistycznego Szpitala Miejskiego im. dr Emila Warmińskiego SPZOZ w Bydgoszczy** – nr postępowania DZP-270-24/2022

Poniżej podpisani działając w imieniu i na rzecz:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nazwa Wykonawcy** |  | | | | **reprezentowany przez:**  **……………………………………………………………………………………………………………………**  (imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji) | |
| **Adres, siedziba** |  | | | | | |
| **REGON** | | | **NIP** | | | |
| **Nr telefonu/ nr faksu:** | | | **e-mail:** | | | |
| **Adresy zamieszkania wspólników**  (dotyczy spółki cywilnej) | |  | |  | |  |
| **Wykonawca jest małym/średnim przedsiębiorcą TAK\*/NIE\***  *\* niepotrzebne skreślić* | | | | | | |

**CZĘŚĆ B – ZAKRES OFERTY**

W ramach niniejszego postępowania składamy ofertę ubezpieczenia na:

**Część 1** **Ubezpieczenie w zakresie:**

1. Ubezpieczenia Odpowiedzialności Cywilnej

TAK / NIE \*

**Część 2 Ubezpieczenie w zakresie:**

1. Ubezpieczenia mienia od wszystkich ryzyk,

TAK / NIE \*

1. Ubezpieczenia sprzętu elektronicznego

TAK / NIE \*

**Część 3 Ubezpieczenie w zakresie:**

1. Ubezpieczenia Komunikacyjne

TAK / NIE \*

**CZĘŚĆ C – TERMIN REALIZACJI ZAMÓWIENIA:**

**dla Części 1**

Przez 36 miesięcy w okresie od 18.06.2022 r. do 17.06.2025 r.

**dla Części 2**

Przez 36 miesięcy w okresie od 18.06.2022r. do 17.06.2025r.

**dla Części 3**

Dla ubezpieczeń komunikacyjnych przez okres 36 miesięcy, dla których początek przypada na 14.01.2023r. (pierwszy z terminów ubezpieczeń komunikacyjnych dla pojazdów wymienionych w załączniku nr 9 do SWZ) a koniec 06.02.2026r. (termin zakończenia ostatniej z polis komunikacyjnych).

**CZĘŚĆ D – TERMINY PŁATNOŚCI SKŁADKI:**

**Dla części 1**

Na każdy okres rozliczeniowy Ubezpieczyciel wystawi oddzielne polisy ubezpieczeniowe.

Za ubezpieczenia części 1 składka płatna będzie w 12 ratach w okresie 12 miesięcy, terminy płatności kolejno co 1 miesiąc przez cały 36 miesięczny okres ubezpieczenia. W przypadku Wykonawcy wybranego do realizacji zamówienia wartość każdej z rat zostanie ustalona w oparciu o przedstawioną w ofercie cenę podzieloną przez ilość rat.

**Dla części 2**

Na każdy okres rozliczeniowy Ubezpieczyciel wystawi oddzielne polisy ubezpieczeniowe.

Za ubezpieczenia części 2 składka płatna będzie w 12 ratach w okresie 12 miesięcy, terminy płatności kolejno co 1 miesiąc przez cały 36 miesięczny okres ubezpieczenia. W przypadku Wykonawcy wybranego do realizacji zamówienia wartość każdej z rat zostanie ustalona w oparciu o przedstawioną w ofercie cenę podzieloną przez ilość rat.

**Dla części 3**

Za ubezpieczenia komunikacyjne przewiduje się płatność składki w jednej racie, z których każda płatna w terminie odpowiednio 14 dni od początku okresu ubezpieczenia.

W przypadku Wykonawcy wybranego do realizacji zamówienia wartość każdej z rat zostanie ustalona w oparciu o przedstawioną w ofercie cenę podzieloną przez ilość rat.

CZĘŚĆ E – CENA ZA REALIZACJĘ ZAMÓWIENIA:

Łączna cena realizacji zamówienia w całym okresie ubezpieczenia za:

**Część 1** **Ubezpieczenie w zakresie:**

a) Ubezpieczenia Odpowiedzialności Cywilnej

wynosi:

………………………… zł ………… gr.

słownie:…………….……………………………………………………………. złotych ……………… groszy\*\*

……...………………………………………….

(Podpis elektroniczny przedstawicieli Wykonawcy)

**Część 2 Ubezpieczenie w zakresie:**

1)Ubezpieczenia mienia od wszystkich ryzyk

2) Ubezpieczenie sprzętu elektronicznego od wszystkich ryzyk

wynosi:

………………………… zł ………… gr.

słownie:…………….…………………………………………………………… złotych ……………… groszy\*\*

..………………………………………….

*(Podpisy elektroniczne przedstawicieli Wykonawcy*)

**Część 3 Ubezpieczenie w zakresie:**

1)Ubezpieczenia komunikacyjnego

wynosi:

………………………… zł ………… gr.

słownie:…………….…………………………………………………………… złotych ……………… groszy\*\*

..………………………………………….

*(Podpisy elektroniczne przedstawicieli Wykonawcy*)

**CZĘŚĆ F1 – KRYTERIUM ZAKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ DLA CZĘŚCI 1**

**KRYTERIUM ZAKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ**

**(ZAKRES „PONADMINIMALNY” – FAKULTATYWNY)**

**Część 1**

**1. Obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Zakres „ponadminimalny” – fakultatywny  Zakres rozszerzony o szkody: | Ilość punktów możliwa do uzyskania | Odpowiedź  TAK / NIE (wypełnia Wykonawca) |
| W przypadku zasądzenia wyroku przeciwko Zamawiającemu Ubezpieczyciel zrealizuje na wniosek Zamawiającego tenże wyrok bez konieczności pierwotnego zrealizowania go przez Zamawiającego. | 10 |  |
| ~~Ubezpieczyciel, zapłaci zasądzone odsetki zgodnie z treścią wyroku, bez względu na termin zgłoszenia szkody, dotyczy także sytuacji kiedy pozwanym jest wyłącznie Zamawiający~~ | ~~10~~ |  |
| Suma punktów za ryzyko OC (Z 1) = 10 | |  |

Definicje klauzul zgodne z pkt. VI Załącznika nr 1 do SWZ i późn. zm.

**2. Dobrowolne ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej za szkody będące następstwem udzielania bądź zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Zakres „ponadminimalny” – fakultatywny  Zakres rozszerzony o szkody: | Ilość punktów możliwa do uzyskania | Odpowiedź  TAK / NIE (wypełnia Wykonawca) |
| Szkody powstałe w wyniku zastosowania eksperymentalnych metod leczenia i rehabilitacji | 5 |  |
| W przypadku zasądzenia wyroku przeciwko Zamawiającemu Ubezpieczyciel zrealizuje na wniosek Zamawiającego tenże wyrok bez konieczności pierwotnego zrealizowania go przez Zamawiającego. | 10 |  |
| ~~Ubezpieczyciel, zapłaci zasądzone odsetki zgodnie z treścią wyroku, bez względu na termin zgłoszenia szkody, dotyczy także sytuacji kiedy pozwanym jest wyłącznie Zamawiający~~ | ~~8~~ |  |
| Ochroną ubezpieczeniową objęte są szkody wynikające z niedotrzymania ustalonych wcześniej terminów świadczeń medycznych. | 10 |  |
| szkody wyrządzone wskutek nieprawidłowego przechowywania produktów leczniczych, leków , preparatów lub substancji chemicznych oraz złego ich zabezpieczenia i dystrybucji | 5 |  |
| Suma punktów za ryzyko OC (Z 2) = 30 | |  |

Definicje klauzul zgodne z pkt. VI Załącznika nr 1 do SWZ i późn. zm.

**3. Ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej z tytułu działalności niemedycznej i posiadanego mienia.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Zakres „ponadminimalny” – fakultatywny  Zakres rozszerzony o szkody: | Ilość punktów możliwa do uzyskania | Odpowiedź  TAK / NIE (wypełnia Wykonawca) |
| Szkody będące następstwem niewłaściwego składowania śmieci i odpadów | 5 |  |
| Szkody polegające na utracie, uszkodzeniu lub zniszczeniu rzeczy będących w posiadaniu poszkodowanego podczas wykonywania czynności medycznych – podlimit 10.000,00 zł | 5 |  |
| Suma punktów za ryzyko OC (Z 3) = 10 | |  |

Definicje klauzul zgodne z pkt. VI Załącznika nr 1 do SWZ i późn. zm.

……………………………………………………………..

*(Podpisy elektroniczne przedstawicieli Wykonawcy*)

**CZĘŚĆ F2 – KRYTERIUM ZAKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ DLA CZĘŚCI 2**

**KRYTERIUM ZAKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ**

**(ZAKRES „PONADMINIMALNY” – FAKULTATYWNY)**

**Część 2**

* + - 1. **1. Ubezpieczenie mienia od wszystkich ryzyk**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Zakres „ponadminimalny” – fakultatywny**  Zakres rozszerzony o szkody: | Ilość punktów możliwa do uzyskania | Odpowiedź  TAK / NIE (wypełnia Wykonawca) |
| Odstąpienie od zasady proporcji | 10 |  |
| Rozszerzenie klauzuli 72 godzin do 168 godzin | 5 |  |
| Klauzula wypłaty zaliczki | 5 |  |
| Klauzula restytucji mienia | 5 |  |
| Klauzula uznania | 5 |  |
| Klauzula odstąpienia od odtworzenia mienia | 5 |  |
| Klauzula wypłaty zaliczki | 5 |  |
| Suma punktów (Z 1) = 40 | |  |

Definicje klauzul zgodne z pkt. VI Załącznika nr 1 do SWZ i późn. zm.

……………………............................................

*(Podpisy elektroniczne przedstawicieli Wykonawcy*)

**2. Zakres ubezpieczenia sprzętu elektronicznego od wszystkich ryzyk**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Zakres „ponadminimalny” – fakultatywny  Zakres rozszerzony o szkody: | Ilość punktów możliwa do uzyskania | Odpowiedź  TAK/ NIE  (wypełnia Wykonawca) |
| Rozszerzenie klauzuli 72 godzin do 168 godzin | 10 |  |
| Suma punktów za ubezpieczenie elektroniki  (Z 2) = 10 | |  |

Definicje klauzul zgodne z pkt. VI Załącznika nr 1 do SWZ i późn. zm.

……………………............................................

*(Podpisy elektroniczne przedstawicieli Wykonawcy*)

**CZĘŚĆ F3 – KRYTERIUM ZAKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ DLA Części 3**

Kryterium – zakres ochrony ubezpieczeniowej (zakres – ponadminimalny) – FAKULTATYWNY.

**Część 3**

**Ubezpieczenia komunikacyjne.**

**Ubezpieczenie auto-casco**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *Zakres „ponadminimalny” – fakultatywny*  *Zakres rozszerzony o szkody:* | *Max. ilość punktów możliwa do uzyskania* | | Odpowiedź  TAK/ NIE  (wypełnia Wykonawca) | | |
| Koszty zabezpieczenia pojazdu po szkodzie: 10% sumy ubezpieczenia (ponad sumę ubezpieczenia) z zastrzeżeniem limitu na koszty holowania w wysokości 5000 zł | 5 | |  | | |
| ***Wartość pojazdu  dla pojazdów fabrycznie nowych  ustalona na podstawie faktury VAT nie ulega zmianie  w okresie 12 miesięcy od dnia wystawienia tej faktury VAT;*** | 6 | |  | | |
| Szkody w pojeździe i w wyposażeniu dodatkowym pojazdów w związku z błędami załadunkowymi i transportowymi. | 4 | |  | | |
| Franszyza integralna (można wybrać tylko jeden wariant) | 100,-zł | 3 | |  |
| 0,-zł | 5 | |  |
| Suma punktów za zakres ubezpieczenia (Z1) = max 20 | | |  | | |

……………………............................................

*(Podpisy elektroniczne przedstawicieli Wykonawcy*)

**Oświadczam/y, że :**

1) akceptujemy warunki płatności określone przez Zamawiającego we wzorze umowy załączonej do SWZ;

2) zapoznaliśmy się z SWZ i załączonym wzorem umowy oraz pozostałymi załącznikami, do których nie wnosimy zastrzeżeń oraz zdobyliśmy konieczne informacje do przygotowania oferty;

3) uważamy się związani niniejszą ofertą na czas wskazany w SWZ, tj. **90 dni** od terminu składania ofert, tj. do dnia 14.08.2022r.

4) zobowiązujemy się w przypadku wygrania przetargu do zawarcia umowy w siedzibie Zamawiającego w uzgodnionym przez strony terminie;

5) nie uczestniczymy jako Wykonawca w jakiejkolwiek innej ofercie złożonej w celu udzielenia niniejszego zamówienia;

6) niżej wymienione dokumenty składające się na ofertę nie mogą być ogólnie udostępnione ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  
**Udokumentowanie zasadności zastrzeżenia tajemnicy przedsiębiorstwa przedkładam, jako załącznik do oferty.**

1. 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).

Oświadczenia i dokumenty składane wraz z ofertą:

………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………….

**Inne informacje Wykonawcy** *(np. powierzenie wykonania części zamówienia podwykonawcy).*

………………………………………………………………………………………………..………………………..………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………..

**Oferta została złożona na …..……… kolejno ponumerowanych kartkach.**

..........................., dnia ..................2022r.

………………………………... (*Podpisy elektroniczne przedstawicieli Wykonawcy*)

**Załącznik nr 2a**

**FORMULARZ CENOWY**

**Część 1**

Tabela 1

| **Lp.** | **Rodzaj ubezpieczenia** | **Suma ubezpieczenia (gwarancyjna) w zł**  **za okres 12 miesięcy** | **Składka ubezpieczeniowa w zł brutto za okres  36 miesięcy** |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1. | Odpowiedzialność Cywilna - obowiązkowa | 100.000 euro na jedno zdarzenie i 500.000 euro na wszystkie zdarzenia |  |
| Odpowiedzialność Cywilna dobrowolna (medyczna) | 1.000.000,00 |  |
| Odpowiedzialność Cywilna z tytułu działalności niemedycznej i posiadanego mienia | 500.000,00 |  |
| 2. | RAZEM (wartość brutto)) (pkt. 1): | ------------------- |  |

Tabela 2

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Przedmiot zamówienia** | **Wartość usługi (cena-składka ubezpieczeniowa) netto w zł za okres 36 miesięcy** | **Stawka VAT**  **w % / oznaczenie zwolnienia z VAT** | **Wartość usługi (cena-składka ubezpieczeniowa) brutto w zł za okres 36 miesięcy** |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| Usługi ubezpieczenia Wielospecjalistycznego Szpitala Miejskiego im. dr Emila Warmińskiego SPZOZ w Bydgoszczy  1/ Ubezpieczenia Odpowiedzialności Cywilnej |  | zw. |  |

Cena oferty (wartość brutto) za cały okres ubezpieczenia tj. 36 miesięcy: …........................ zł.

(słownie: ……………………………………………………………złotych ……….. groszy).

…………………………......................................................

*Podpisy elektroniczne przedstawicieli Wykonawcy*

**Załącznik nr 2b**

**Część 2**

Tabela 1

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Rodzaj ubezpieczenia** | **Suma ubezpieczenia (gwarancyjna) w zł**  **za okres 12 miesięcy** | **Składka ubezpieczeniowa w zł brutto za okres  36 miesięcy** |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1. | **Ubezpieczenie mienia od wszystkich ryzyk** | ------------------- | ------------------- |
| Budynki i budowle | 56 403 431,10 zł |  |
| Środki trwałe – z wyłączeniem sprzętu elektronicznego enumeratywnie wymienionego w ubezpieczeniu sprzętu elektronicznego od wszystkich ryzyk | ~~12 780 235,92~~ ~~zł~~  14 312 889,66 zł |  |
| Niskocenne składniki majątku (w tym nie ujęte w ewidencji) | 1 000 000,00 zł |  |
| Środki obrotowe | 300 000,00 zł |  |
| Wartości pieniężne | 20 000,00 zł |  |
|  | Nakłady adaptacyjne i inwestycyjne | 468 011, 78 zł |  |
|  | Mienie osób trzecich | 200 000,00 zł |  |
|  | Mienie pracownicze | 300 000,00 zł |  |
| 2. | **Limity odpowiedzialności**  **ubezpieczenia od kradzieży, kradzieży z włamaniem i rabunku** | ------------------- | ------------------- |
| Środki obrotowe (zapasy magazynowe) | 50 000,00 zł |  |
| Środki trwałe, wyposażenie, niskocenne składniki majątku | 50 000,00 zł |  |
| Dodatkowe koszty naprawy zabezpieczeń | 10 000,00 zł |  |
|  |  |  |
| Kradzież zwykła \* | 10 000,00 zł |  |
| Wartości pieniężne od kradzieży z włamaniem | 20 000,00 zł |  |
| Mienie pracownicze | 10 000,00 zł |  |
| Mienie niskocenne | zł |  |
| Wartości pieniężne od rabunku w lokalach | 20 000,00 zł |  |
| Wartości pieniężne w transporcie (obszar RP) | 20 000,00 zł |  |
| 3. | **Sprzęt elektroniczny od wszystkich ryzyk** | ------------------- | ------------------- |
| Sprzęt elektroniczny medyczny | ~~27 807 209,94 zł~~ 26 229 337,45 zł |  |
|  | Sprzęt elektroniczny stacjonarny | ~~1 518 811,07 zł~~ 1 416 342,19 zł |  |
|  | Sprzęt elektroniczny przenośny | ~~67 360,02 zł~~  28 337,02 zł |  |
|  | Koszty dodatkowe (koszty odtworzenia danych, nośniki danych, oprogramowanie) | 769 81,48 zł |  |
| 4. | RAZEM (wartość brutto)  (pkt. 1 –3): | ------------------- | ------------------- |

\* W przypadku zgody na zwiększenie kwoty kradzieży zwykłej do 20 000,00 zł należy wpisać kwotę 20 000,00

Tabela 2

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Przedmiot zamówienia** | **Wartość usługi (cena-składka ubezpieczeniowa) netto w zł za okres 36 miesięcy** | **Stawka VAT**  **w % / oznaczenie zwolnienia z VAT** | **Wartość usługi (cena-składka ubezpieczeniowa) brutto w zł za okres 36 miesięcy** |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| Usługi ubezpieczenia Wielospecjalistycznego Szpitala Miejskiego im. dr Emila Warmińskiego SPZOZ w Bydgoszczy  1/ Ubezpieczenie mienia od wszystkich ryzyk  2/ Ubezpieczenie sprzętu elektronicznego od wszystkich ryzyk |  | zw. |  |

Cena oferty (wartość brutto) za cały okres ubezpieczenia tj. 36 miesięcy: …........................ zł.

(słownie: ……………………………………………………………złotych ……….. groszy)

………………........................................................

*Podpisy elektroniczne przedstawicieli Wykonawcy*

**Załącznik nr 2c**

**Część 3**

Tabela 1

| **Lp.** | **Rodzaj ubezpieczenia** | **Suma ubezpieczenia (gwarancyjna) w zł**  **za okres 12 miesięcy** | **Składka ubezpieczeniowa w zł brutto za okres  36 miesięcy** |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1. | Ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej – obowiązkowa | zgodnie z ustawą |  |
| 2. | AC/KR | zgodnie z załącznikiem nr 9 do SWZ |  |
| 3. | NNW | 10.000,00 zł |  |
| 4. | Assistance | zgodnie z zakresem w SWZ |  |
| 5. | RAZEM (wartość brutto)) (pkt. 1-4): | ------------------- |  |

Tabela 2

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Przedmiot zamówienia** | **Wartość usługi (cena-składka ubezpieczeniowa) netto w zł za okres 36 miesięcy** | **Stawka VAT**  **w % / oznaczenie zwolnienia z VAT** | **Wartość usługi (cena-składka ubezpieczeniowa) brutto w zł za okres 36 miesięcy** |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| Usługi ubezpieczenia Wielospecjalistycznego Szpitala Miejskiego im. dr Emila Warmińskiego SPZOZ w Bydgoszczy w zakresie:  1/ Ubezpieczenia OC  2/ Ubezpieczenia AC/KR  3/ Ubezpieczenia NNW  4/Assistance |  | zw. |  |

Cena oferty (wartość brutto) za cały okres ubezpieczenia wynosi: ........................... zł.

(słownie: ……………………………………………………………………………………… złotych ……….. groszy).

…………………………......................................................

*Podpisy elektroniczne przedstawicieli Wykonawcy*

**Załącznik nr 3**

**Do Zamawiającego :**

**Wielospecjalistyczny Szpital Miejski im. dr Emila Warmińskiego SPZOZ w Bydgoszczy**

**ul. Szpitalna 19, 85-826 Bydgoszcz**

**Tel. 52 37 09 400**

**NIP: 953 22 93 970**  **REGON: 092354746**

**Wykonawca :**

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

( Nazwa i adres wykonawcy )

**OŚWIADCZENIE**

**o przynależności lub braku przynależności do tej samej grupy kapitałowej w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów**

**(Dz. U. z 2019r. poz. 369)**

**Oznaczenie postępowania nr DZP-270-24/2022**

Składając ofertę w postępowaniu o udzielenie zamówienia w trybie przetargu nieograniczonego na :

***„*USŁUGI KOMPLEKSOWEGO UBEZPIECZENIA WIELOSPECJALISTYCZNEGO SZPITALA MIEJSKIEGO IM. DR EMILA WARMIŃSKIEGO SPZOZ W BYDGOSZCZY”**

oświadczam, że **należę / nie należę \*do tej samej / żadnej** \*grupy kapitałowej z innymi Wykonawcami, którzy złożyli odrębne oferty, oferty częściowe lub wnioski o dopuszczenie do udziału w niniejszym postępowaniu.

\* niepotrzebne skreślić

Wykaz wykonawców należących do tej samej grupy kapitałowej, którzy złożyli oferty

|  |  |
| --- | --- |
| L. P. | Wskazanie Wykonawcy |
|  |  |
|  |  |

W załączeniu dowody wskazujące, że istniejące między wykonawcami należącymi do tej samej grupy kapitałowej, powiązania nie prowadzą do zachwiania uczciwej konkurencji w postępowaniu o udzielenie zamówienia.

…………….……. (miejscowość), dnia ………………….r.

………………………….…………………………………………

*(Podpisy elektroniczne przedstawicieli Wykonawcy*)