**Załącznik nr 2 SWZ - FORMULARZ OFERTOWY**

**Zamawiający:**

**Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, ul. Jana Kilińskiego 1, 15-089 Białystok**

**Wykonawca:**

(nazwa, oznaczenie, firma i adres Wykonawcy)

**Nawiązując do ogłoszenia o zamówieniu na usługę:**

Usługa obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu przeprowadzającego eksperymenty medyczne

**1**. Oferujemy wykonanie całości przedmiotu zamówienia zgodnie z wymogami zawartymi w specyfikacji warunków zamówienia, (składka za poszczególne eksperymenty usługa zwolniona z podatku VAT zgodnie z art. 43 ust. 1 pkt 37 – Dz. U. z 2004 r., Nr 54., poz. 535 z późn. zm.), zgodnie z poniższym wyszczególnieniem:

**a. Eksperymenty lecznicze**

Składka za ubezpieczenie pojedynczego eksperymentu kwalifikowanego do min. sumy gwarancyjnej 50.000 EUR : zł ( słownie złotych: .

**Planowana liczba eksperymentów: 10**

**SKŁADKA ŁACZNA:**

**b. Eksperymenty badawcze**

Składka za ubezpieczenie pojedynczego eksperymentu kwalifikowanego do min. sumy gwarancyjnej 100.000 EUR

b.1. bez ingerencji w ciało uczestnika:

 - eksperymenty z udziałem dzieci: zł ( słownie złotych: )

**Planowana liczba eksperymentów: 10**

**SKŁADKA ŁACZNA:**

- eksperymenty z udziałem osób dorosłych: …………………………………………………………………………….zł ( słownie złotych: ………………………………………………………………………………………………………………………….)

**Planowana liczba eksperymentów: 20**

**SKŁADKA ŁACZNA:**

b.2. z ingerencją w ciało uczestnika:

- eksperymenty z udziałem dzieci: …………………………………………………………………………………………..zł ( słownie złotych: )

**Planowana liczba eksperymentów: 20**

**SKŁADKA ŁACZNA:………………………………………………………………………………………………………………….**

- eksperymenty z udziałem osób dorosłych: ………………………………………………………………………….. zł ( słownie złotych: ……………………………………………………………………………………………………………………………)

**Planowana liczba eksperymentów: 180**

**SKŁADKA ŁĄCZNA:**

**2.** Termin wykonania zamówienia**: od dnia podpisania umowy przez okres 12 miesięcy.**

**3.** Termin związania ofertą i warunki płatności **zgodnie z postanowieniami SWZ.**

1. Oświadczamy, iż zamówienie zrealizujemy: \*

a) siłami własnymi,

b) przy pomocy podwykonawców w następującej części zamówienia:

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

/podać zgodnie z art. 462 ustawy Pzp/

1. Zobowiązujemy się w przypadku przyznania nam zamówienia do jego zrealizowania
w ramach ceny ofertowej.
2. Oświadczamy, że zapewniamy osoby uprawnione do reprezentowania Wykonawcy (Ubezpieczyciela), za pomocą których Wykonawca (Ubezpieczyciel) wykonuje czynności ubezpieczeniowe na terenie prowadzenia działalności przez Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
3. Oświadczamy, spełniamy warunki udziału w postępowaniu określone w SWZ, zapoznaliśmy się ze specyfikacją warunków zamówienia i uznajemy się za związanych określonymi w niej warunkami i zasadami postępowania oraz zawartymi w niej istotnymi warunkami umowy.
4. Numer rachunku bankowego Wykonawcy, na który powinny zostać przelane środki za realizację przedmiotu zamówienia: ……………………………………….……………………………………
5. Oświadczamy, że uważamy się za związanych niniejszą ofertą przez okres wskazany
w specyfikacji warunków zamówienia.
6. Oświadczam, że:

- nie podlegam wykluczeniu na podstawie art. 7 ust 1 ustawy z dnia 13.04.2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego. (Dz. U. z 2022 poz. 835).

- w stosunku do podwykonawców oraz podmiotu/tów, na którego/ych zasoby powołuję się w niniejszym postępowaniu, nie zachodzą podstawy wykluczenia z postępowania o udzielenie zamówienia na podstawie art. 5k ust. 1 Rozporządzenia Rady (UE) 2022/576 z dnia 8 kwietnia 2022 r. w sprawie zmiany rozporządzenia (UE) nr 833/2014 dotyczącego środków ograniczających w związku z działaniami Rosji destabilizującymi sytuację na Ukrainie.

1. Oświadczamy pod groźbą odpowiedzialności karnej, iż załączone do oferty dokumenty opisują stan faktyczny, aktualny na dzień otwarcia ofert (art. 233 k.k.).
2. Oświadczamy, że wypełniliśmy obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO**1)** wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskaliśmy w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.
3. Rodzaj wykonawcy\*\*:

 mikroprzedsiębiorstwo

 małe przedsiębiorstwo

 średnie przedsiębiorstwo

 jednoosobowa działalność gospodarcza

 osoba fizyczna nieprowadząca działalności gospodarczej

 inny rodzaj

1. Nasz numer REGON ...................................................NIP: …………………………………………..

Województwo: .........................................Tel.: .......................…………

Adres internetowy: ........................................... Strona internetowa: ………………………………...

1. Osoba upoważniona do kontaktów, ze strony Wykonawcy: ......................................................,nr tel. .................

Osoba uprawniona do podpisania umowy:

Imię: ………………………...., Nazwisko: ……………..………..

Stanowisko: …………………....................................................

**15.** Integralną część oferty stanowią następujące dokumenty:

1. .......................................................................................................
2. .......................................................................................................
3. .......................................................................................................
4. Zgodnie z art. 18 ust. 3 ustawy Pzp, Wykonawca zastrzega, iż wymienione niżej dokumenty, składające się na ofertę, nie mogą być udostępnione innym uczestnikom postępowania:

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

***podpis***

\**niepotrzebne skreślić*

*\*\*Mikro przedsiębiorstwo to przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 10 osób i którego roczny obrót lub suma bilansowa nie przekracza 2 mln EUR. Małe przedsiębiorstwo to przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 50 osób i którego roczny obrót lub suma bilansowa nie przekracza 10 mln EUR. Średnie przedsiębiorstwo to przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 250 osób i którego roczny obrót nie przekracza 50 mln EUR lub suma bilansowa nie przekracza 43 mln EUR*

*1) 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).*

**1. Obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej podmiotu przeprowadzającego eksperyment medyczny zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Finansów, Funduszy i Polityki Regionalnej z dnia 23 grudnia 2020 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu przeprowadzającego eksperyment medyczny**

**2. Suma gwarancyjna ubezpieczenia, w odniesieniu do jednego zdarzenia oraz wszystkich zdarzeń, których skutki są objęte umową ubezpieczenia OC, wynosi:**

2.1. 50 000 euro w przypadku eksperymentu leczniczego, o którym mowa w art. 21 ust. 2 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2020 r. poz. 514, z późn. zm.)

2.2. 100 000 euro w przypadku eksperymentu badawczego, o którym mowa w art. 21 ust. 3. ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2020 r. poz. 514, z późn. zm.)

**3. Sposób zawarcia umowy ubezpieczenia:** umowa grupowa/ generalna

**4. Klauzule obligatoryjne mające zastosowanie do niniejszego zamówienia:**

|  |  |
| --- | --- |
| **LP** | **NAZWA KLAUZULI OBLIGATORYJNEJ** |
|  | Wyłączenia regresu  |
|  | Ochrony ubezpieczeniowej  |

**5. Klauzule fakultatywne mające zastosowanie do niniejszego zamówienia**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **LP** | **NAZWA KLAUZULI FAKULTATYWNEJ** | **Deklaracja przyjęcia****TAK/NIE / ZMIANA TREŚCI** |
|  | Rozstrzygania sporów |  |
|  | Zapłaty składki  |  |

W kolumnie „Deklaracja przyjęcia” w wierszu dotyczącym akceptowanej klauzuli fakultatywnej lub postanowień szczególnych proszę wpisać słowo **„Tak”** przypadku przyjęcia danej klauzuli lub postanowienia szczególnego, słowo **„Nie”** w przypadku nie przyjęcia, lub „ proponowaną treść klauzuli . Punktacja zgodnie z kryterium oceny.

Ogólne warunki ubezpieczenia, które mają zastosowanie do ww. ryzyk

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

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

***podpis***