**Załącznik nr 3** do SIWZ

**OFERTA**

**(formularz ofertowy)**

**Zamawiający:**

Województwo Kujawsko-Pomorskie - Urząd Marszałkowski Województwa Kujawsko-Pomorskiego,

ul. Pl. Teatralny 2, 87-100 Toruń

W nawiązaniu do ogłoszenia o zamówieniu, w związku z prowadzonym w trybie przetargu nieograniczonego postępowaniem na „Grupowe ubezpieczenie na życie dla pracowników Województwa Kujawsko-Pomorskiego i członków ich rodzin” opublikowanego w Dzienniku Urzędowym UE Nr 2020/S 078-184582 z dnia 21 kwietnia 2020 r.,

my niżej podpisani:

**Wykonawca 1**: ...................................................................................................................................................

adres ul. ...............................................................................................................................................................

kod ......................................... miasto .............................................................. kraj ...........................................

nr telefonów ............................................................... nr faksu ...........................................................................

NIP .............................................................................. REGON .........................................................................

**Wykonawca 2\***: ….............................................................................................................................................

adres ul. …...........................................................................................................................................................

kod ......................................... miasto .............................................................. kraj ...........................................

nr telefonów ............................................................... nr faksu ...........................................................................

NIP .............................................................................. REGON .........................................................................

**Pełnomocnik\*** do reprezentowania Wykonawców ubiegających się wspólnie o udzielenie Zamówienia,
np. Lider Konsorcjum

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

adres ul. …........………….............................................................................................................................

kod ......................................... miasto .............................................................. kraj .................................

nr telefonów ............................................................... nr faksu .................................................................

NIP .............................................................................. REGON .................................................................

1. **OŚWIADCZAMY**, iż zapoznaliśmy się z treścią Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia (SIWZ) i uznajemy się za związanych określonymi w niej postanowieniami i zasadami postępowania oraz zdobyliśmy konieczne informacje potrzebne do prawidłowego przygotowania oferty.
2. **OFERUJEMY** gotowość do wykonania Zamówienia na warunkach określonych w SIWZ, ze szczególnym uwzględnieniem faktu, że składka ubezpieczeniowa i wysokość świadczeń są elementami podlegającymi ocenie zgodnie z kryteriami oceny ofert. Wskazana wysokość składek ubezpieczeniowych jest wartością maksymalną. **Oferty zakładające wysokość składek wyższą ponad zakładane maksimum, odrzucone zostaną jako nie spełniające wymogów SIWZ. Wskazana wysokość świadczeń jest wartością minimalną. Oferty zakładające wysokość świadczeń niższą od oczekiwanych, odrzucone zostaną jako nie spełniające wymogów SIWZ.**
3. **OŚWIADCZAMY**, że:
	* 1. zapoznaliśmy się z projektem umowy przedstawionym w SIWZ i zobowiązujemy się w przypadku wyboru naszej oferty do zawarcia umowy na warunkach w nim określonych, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego,
		2. wyrażamy zgodę na warunki płatności określone w projekcie umowy,
		3. zobowiązujemy się zrealizować zamówienie w terminach i na warunkach określonych w SIWZ i Ogólnych (szczególnych) Warunkach Ubezpieczenia.
4. **UWAŻAMY SIĘ** za związanych niniejszą ofertą przez czas wskazany wSIWZ, czyli przez okres **60 dni**, licząc od terminu składania ofert.
5. **ZAMÓWIENIE ZREALIZUJEMY** sami\*\*/przy udziale podwykonawców\*\*, którzy będą wykonywać następujące prace wchodzące w zakres przedmiotu Zamówienia:
	1. ..................................... (zakres prac, które będzie wykonywać podwykonawca)\*\*\*,
	2. ..................................... (zakres prac, które będzie wykonywać podwykonawca)\*\*\*,
	3. ..................................... (zakres prac, które będzie wykonywać podwykonawca)\*\*\*.
6. **WSZELKĄ KORESPONDENCJĘ** w sprawie niniejszego Postępowania należy kierować na adres:

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

1. **WADIUM** w kwocie ..................................,- zł. zostało wniesione dnia .............................. w formie .............................................................................. (zgodnie z pkt. 9. SIWZ).
2. **OŚWIADCZAMY**, iż za wyjątkiem informacji zawartych w ofercie na stronach nr od **…..** do **…..**, oraz w dokumentach złożonych wraz z ofertą na stronach nr od **…..** do **…..**  niniejsza oferta oraz wszelkie załączniki są jawne i nie zawierają informacji stanowiących tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji.
3. **OFERUJEMY** wykonanie przedmiotu Zamówienia na poniższych warunkach:

**CENA =** **(Wariant 1 + Wariant 2 + Wariant 3 + Wariant 4 + Wariant 5)/ 5 x 36**

Cena (składka) łączna za 36-miesięczny okres ubezpieczenia:

.......................................................................................... PLN

(słownie: …………………………………………………..……………………………………….... PLN)

Stawka VAT: zwolniony

**Szczegółowe wyliczenie ceny (jednej składki):**

1. **Wariant 1, cena zaproponowana przez wykonawcę: ………………………………………………**
2. **Wariant 2, cena zaproponowana przez wykonawcę: ………………………………………………**
3. **Wariant 3, cena zaproponowana przez wykonawcę: ………………………………………………**
4. **Wariant 4, cena zaproponowana przez wykonawcę: ………………………………………………**
5. **Wariant 5, cena zaproponowana przez wykonawcę: ………………………………………………**
6. **Ocena kryterium „Klauzule fakultatywne”**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Klauzule Fakultatywne** | **Akceptacja****(TAK/ NIE)\*** | **Ilość punktów** |
| 1. | Klauzula rozszerzenia zakresu ubezpieczenia o śmierć rodziców i teściów Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku. |  | **1 pkt** |
| 2. | Klauzula wypłaty świadczenia za zgon teściów Ubezpieczonego po śmierci współmałżonka. |  | **1 pkt** |
| 3. | Klauzula aktów terroryzmu. |  | **1 pkt** |
| 4. | Klauzula odpowiedzialności z tytułu zgonu współmałżonka/partnera, dziecka w wyniku samobójstwa. |  | **2 pkt** |
| 5. | Klauzula odpowiedzialności z tytułu Poważnego zachorowania Ubezpieczonego - nowotwór złośliwy in situ sutka lub gruczołu krokowego w wartości 2000 zł. |  | **4 pkt** |
| 6. | Klauzula nowotworu złośliwego. |  | **4 pkt** |
| 7. | Klauzula rozszerzająca odpowiedzialność z tytułu Poważnego zachorowania Ubezpieczonego, Małżonka, Dziecka. |  | **1 pkt** |
| 8. | Klauzula odpowiedzialności z tytułu Rekonwalescencji Ubezpieczonego |  | **2 pkt** |
| 9. | Klauzula redukcji świadczenia za pobyt Ubezpieczonego w szpitalu z przyczyn innych niż choroba. |  | **4 pkt** |
| 10. | Klauzula pobytu w szpitalu nie wymagającego określonego czasu pobytu w szpitalu. |  | **4 pkt** |
| 11. | Klauzula urodzenia dziecka z Apgar w przedziale punktowym 0-4. |  | **4 pkt** |
| 12. | Klauzula Urodzenia się dziecka wymagającego leczenia |  | **4 pkt** |
| 13. | Klauzula rozszerzenia katalogu operacji chirurgicznych o zabieg cesarskiego cięcia. |  | **4 pkt** |
| 14. | Klauzula wypłaty świadczenia za uraz nie powodujący trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego |  | **4 pkt** |
| ***Zdobyta ilość punktów*** |  **pkt** |

\* proszę wpisać TAK lub NIE,

UWAGA! brak wpisu w kolumnie Akceptacja oznacza brak zgody na stosowanie danej klauzuli fakultatywnej i otrzyma 0 pkt.

1. Czy wykonawca jest mikroprzedsiębiorstwem bądź małym lub średnim przedsiębiorstwem?

**□ TAK □ NIE**

*Na potrzeby odpowiedzi na to pytanie należy skorzystać z definicji zawartych w zaleceniu Komisji z dnia 6 maja 2003 r. dotyczącym definicji mikroprzedsiębiorstw oraz małych i średnich przedsiębiorstw (Dz. Urz. UE L 124 z 20.5.2003).*

* Na kategorię przedsiębiorstw mikro, małych i średnich (MŚP) składają się przedsiębiorstwa, które zatrudniają mniej niż 250 osób, i których obroty roczne nie przekraczają 50 mln EUR, i/lub których roczna suma bilansowa nie przekracza 43 mln EUR.
* W kategorii MŚP, małe przedsiębiorstwo jest zdefiniowane jako przedsiębiorstwo zatrudniające mniej niż 50 osób, i którego obroty roczne i/lub roczna suma bilansowa nie przekracza 10 mln EUR.
* W kategorii MŚP, przedsiębiorstwo mikro jest zdefiniowane jako przedsiębiorstwo zatrudniające mniej niż 10 osób, i którego obroty roczne i/lub roczna suma bilansowa nie przekracza 2 mln EUR.
1. **OŚWIADCZAMY**, że wypełniliśmy obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO[[1]](#endnote-1) 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).*

1. **Oświadczamy,** że załącznikami do niniejszej oferty są:
2. ......................................................
3. ......................................................
4. ......................................................

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

 miejscowość, data podpis upełnomocnionego przedstawiciela Wykonawcy

\* wypełniają jedynie Wykonawcy wspólnie ubiegający się o udzielenie Zamówienia

\*\* niepotrzebne skreślić

\*\*\* uzupełnić

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).*  [↑](#endnote-ref-1)