**Wykonawca:**

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

*(pełna nazwa/firma, adres)*

- adres e-mail / nr faksu: ……….……………..

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

**FORMULARZ OFERTOWY**

Działając w imieniu i na rzecz Wykonawcy, w związku z ubieganiem się przez Wykonawcę o udzielenie zamówienia w postępowaniu prowadzonym w trybie podstawowym bez negocjacji na: **„Grupowa opieka medyczna pracowników Zakładu Komunalnego PGM w Chorzowie oraz członków ich rodzin wraz z Medycyną Pracy dla pracowników Zakładu Komunalnego PGM w Chorzowie”**, oferujemy wykonanie usług objętych przedmiotem zamówienia zgodnie z wymogami zawartymi w Specyfikacji Warunków Zamówienia (dalej „SWZ”):

|  |  |
| --- | --- |
| **Cena zamówienia łącznie za cały okres zamówienia tj. 12 miesięcy:** | |
| Kwota (PLN) |  |
| Słownie: |  |

1. **Szczegółowy formularz ofertowy** za poszczególne ryzyka[[1]](#footnote-1)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.P.** | **Wariant / pakiet** | **Szacowana liczba pakietów** | **Składka miesięczna brutto za pakiet (PLN)** | **Składka za**  **12 miesięcy (PLN)** |
| (kolumna  C x D x 12) |
| **A** | **B** | **C** | **D** | **F** |
|  | Pakiet indywidualny | 106 |  |  |
|  | Pakiet partnerski | 18 |  |  |
|  | Pakiet rodzinny | 19 |  |  |
|  | Medycyna Pracy | 143 |  |  |
|  | **RAZEM składka zamówienie**  (suma l.p. 1+2+3+4) | | |  |

1. Oświadczamy, że ceny jednostkowe podane w Szczegółowym formularzu ofertowym uwzględniają wszystkie elementy cenotwórcze, w szczególności wszystkie koszty i wymagania Zamawiającego odnoszące się do przedmiotu zamówienia opisanego w SWZ i konieczne dla prawidłowej jego realizacji.
2. **Oświadczamy, iż LICZBY PLACÓWEK MEDYCZNYCH OGÓŁEM NA TERENIE RP** które udostępnia Wykonawca wynosi nie mniej niż 2200 (słownie: dwa tysiące dwieście) tj.:
3. Oświadczamy, iż w ramach kryterium numer 2 **tj. LICZBA PLACÓWEK NA TERENIE MIASTA CHORZOWA (LP)** liczby placówek medycznych które udostępnia Wykonawca na terenie miasta Chorzowa wynosi nie mniej niż 5 tj. [[2]](#footnote-2):
4. Poza świadczeniami medycznymi/usługami obligatoryjnymi określonymi w opisie przedmiotu zamówienia stanowiącym Załączniki numer 1; do SWZ oferujemy w ramach złożonej oferty (**w cenie składki, bez wpływu na punktację oferty**) wykonanie dodatkowo innych świadczeń medycznych/usług tj.:

|  |  |
| --- | --- |
| **wariant** | **Pozostałe świadczenia medyczne/usługi świadczone przez Wykonawcę w ramach oferty** |
|  |  |

1. Oświadczamy, że uważamy się za związanych niniejszą ofertą przez czas wskazany w SWZ w pkt 17.
2. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się ze SWZ i nie wnosimy do niej zastrzeżeń.
3. Oświadczamy, że uzyskaliśmy informacje niezbędne do przygotowania oferty i właściwego wykonania zamówienia oraz przyjmujemy warunki określone w SWZ.
4. Oświadczamy, że zamówienie wykonamy w terminie określonym w SWZ r.
5. Oświadczamy, że zawarty w SWZ Wzór projektowanych postanowień umowy Załącznik nr 8 do SWZ został przez nas zaakceptowany i zobowiązujemy się w przypadku wyboru naszej oferty do zawarcia umowy/ów na wyżej wymienionych warunkach w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
6. Oświadczamy, że informacje zawarte w oferciena stronach nr od …… do …… (lub w pkt … oświadczenia Wykonawcy, że nie podlega wykluczeniu oraz spełnia warunki udziału   
   w postępowaniu) stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji.\*
7. Jednocześnie w załączeniu przekazujemy informację z wykazaniem, że zastrzeżone informacje stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa.\*
8. Oświadczamy, że (dotyczy Towarzystw Ubezpieczeń Wzajemnych):
9. w naszym statucie przewidujemy możliwość ubezpieczania osób nie będących członkami towarzystwa;
10. Zamawiający (Ubezpieczający/Ubezpieczony) są osobami nie będącymi członkami towarzystwa   
    i nie będą zobowiązane do udziału w pokrywaniu straty towarzystwa przez wnoszenie dodatkowej składki ubezpieczeniowej w całym okresie realizacji zamówienia, zgodnie z art. 111 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (t. j. Dz.U. 2019 poz. 381, dalej „ustawa o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej”);
11. składka przypisana Zamawiającemu (jednostkom Zamawiającego) w okresie realizacji zamówienia mieści się w 10% składki przypisanej towarzystwu przypadającej na osoby nie będące członkami towarzystwa, zgodnie z art. 111 ust. 3 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.
12. Oświadczamy, iż w razie wyboru naszej oferty jako najkorzystniejszej w Postępowaniu i zawarcia umowy/ów w sprawie zamówienia, warunki zaoferowane Zamawiającemu będą przez cały okres trwania umowy/ów dostępne również dla wskazanych przez niego wszystkich Ubezpieczonych   
    w ramach niniejszego postępowania.
13. Zamawiający zobowiązuje się do zapłaty pierwszej składki do początku okresu ubezpieczenia dla danej polisy ubezpieczeniowej.
14. Niniejszą ofertę składamy na …… kolejno ponumerowanych stronach.
15. Następujące części niniejszego zamówienia powierzamy podwykonawcom:

|  |  |
| --- | --- |
| L.p. | Nazwa części zamówienia |
|  |  |
|  |  |

1. Osobami uprawnionymi do reprezentowania naszej firmy są / imię i nazwisko oraz stanowisko /:

* …………………………………………. - …………………………………………………..
* …………………………………………. - …………………………………………………..

1. Prawo do reprezentacji wynika z:

* ………………………………………….………………………………………….
* ………………………………………….………………………………………….

1. Wszelką korespondencję w sprawie przedmiotowego postępowania należy kierować na poniższy adres: Imię i nazwisko (nazwa): …………………..……………. Tel.: …………….….……. Faks: ……..………….…..e-mail: ………………………….
2. Oświadczam, że jestem ………………………………………. Przedsiębiorcą.

(**Wykonawca określa czy jest mikroprzedsiębiorcą, małym, średnim, dużym przedsiębiorcą\*\*)**

1. **Oświadczamy, że do poszczególnych ubezpieczeń stanowiących przedmiot zamówienia będą miały zastosowanie wymienione poniżej warunki ubezpieczenia:**
   1. ………………………………………….………………………………………….
   2. ………………………………………….………………………………………….
   3. ………………………………………….………………………………………….
2. Załącznikami do niniejszego formularza ofertowego są:
3. ………………………………………….………………………………………….
4. ………………………………………….………………………………………….
5. ………………………………………….………………………………………….

\**Niepotrzebne skreślić.*

\*\* **Mikroprzedsiębiorstwo**: przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 10 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 2 milionów EUR., **Małe przedsiębiorstwo:** przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 50 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 10 milionów EUR. **Średnie przedsiębiorstwo:** przedsiębiorstwo, które nie są mikroprzedsiębiorstwami ani małymi przedsiębiorstwami i które zatrudniają mniej niż 250 osób i których roczny obrót nie przekracza 50 milionów EUR lub roczna suma bilansowa nie przekracza 43 milionów EUR. **Duże przedsiębiorstwo: inne niż w/w wymienione.**

1. cenę oferty/ składki za ubezpieczenie należy podać w PLN z dokładnością do 1 grosza, to znaczy z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku [↑](#footnote-ref-1)
2. wpisanie 5 placówek lub nie wpisanie liczby placówek **– 0 punktów;** wpisanie od 5 do 10 placówek włącznie **–10 punktów**; wpisanie powyżej 10 placówek włącznie **– 20 punktów;** [↑](#footnote-ref-2)