…………………………………………….….

…………………………………………….….

…………………………………………….....

Nazwa i adres Wykonawcy (Wykonawców)

**FORMULARZ OFERTOWY dla Pakietu 4**

 **Oświadczenia Wykonawcy**

UWAGA: Prosimy o wypełnienie wszystkich wykropkowanych miejsc

1. Zapoznaliśmy się z warunkami udzielenia zamówienia publicznego na **usługę ubezpieczenia Gminy Konstantynów Łódzki** w zakresie Pakietu 4 – Obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej podmiotu leczniczego dla Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Konstantynowie Łódzkim**,** zawartymi w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia i **nie wnosimy do nich zastrzeżeń.**
2. **Oferujemy ubezpieczenie** Gminy Konstantynów Łódzki **zgodnie z warunkami określonymi w Załączniku
nr 2 do SIWZ jako ZAKRES MINIMALNY** (obligatoryjny) niniejszego Formularza ofertowego.
3. Termin realizacji zamówienia: **36 miesięcy**.
4. Wskazane w niniejszym Formularzu ofertowym **OWU lub inne wzorce umowy** będą mieć **zastosowanie
do zawartej umowy** **tylko w kwestiach nieuregulowanych** **w SIWZ**, a w odniesieniu do zakresu preferowanego w kwestiach nieokreślonych w niniejszym Formularzu ofertowym. **W przypadku sprzeczności** treści OWU lub innych wzorców umowy z postanowieniami określonymi w SIWZ lub
w Formularzu ofertowym **strony związane są postanowieniami określonymi w SIWZ lub w Formularzu ofertowym**.
5. Jeżeli w treści OWU znajdują się postanowienia dotyczące szerszego zakresu ochrony niż opisany w SIWZ
i w złożonej ofercie, to automatycznie zostają one włączone do ochrony ubezpieczeniowej.

*Uregulowanie to nie dotyczy rozszerzeń podstawowego zakresu ochrony, wynikającego z owu (o dodatkowe klauzule), które nie zostały przez Zamawiającego wymienione jako ryzyka objęte zakresem ubezpieczenia.*

1. **Wszystkie** podane **sumy ubezpieczenia** ustalone w **systemie na pierwsze ryzyko, sumy gwarancyjne, limity**
i podlimity (o ile inaczej nie wynika z przepisów prawa lub nie zostało to inaczej opisane) stanowią limit odpowiedzialności Ubezpieczyciela odnoszący się do **rocznego** okresu ubezpieczenia **na jedno i wszystkie zdarzenia**/wypadki ubezpieczeniowe.
2. Stawki i składki (gdy brak stawki), określone w niniejszym Formularzu pozostaną bez zmian przez cały okres obowiązywania umowy. W przypadku ubezpieczenia o innym niż podany w SIWZ okresie ubezpieczenia składka zostanie wyliczona proporcjonalnie do ilości dni udzielonej ochrony bez stosowania składki minimalnej.
3. Uznajemy za wystarczające istniejące zabezpieczenia przeciwpożarowe, przeciwprzepięciowe
i przeciwkradzieżowe.
4. Informujemy, że uważamy się za związanych niniejszą ofertą w okresie wskazanym w SIWZ.
5. Akceptujemy treść wzoru umowy stanowiącą **Załącznik nr 3d do SIWZ** i zobowiązujemy się w przypadku wygrania przetargu do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
6. Wybór naszej oferty nie będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego.

*Uwaga: jeżeli wybór oferty będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego należy skreślić powyższe oświadczenie i przedłożyć wykaz zawierający nazwę usługi, której świadczenie będzie prowadzić do jego powstania oraz jej wartość bez kwoty podatku.*

1. Wypełniliśmy obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 rozporządzenia 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), dalej „RODO”, wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskaliśmy w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu lub zachodzi wyłączenie stosowania obowiązku informacyjnego, stosownie do art. 13 ust. 4 lub art. 14 ust. 5 RODO.
2. Wykonawca *(jest/nie jest)* …………………….… mikroprzedsiębiorstwem bądź małym lub średnim przedsiębiorstwem.

*Do grupy tej zaliczane są przedsiębiorstwa: które* ***zatrudniają mniej niż 250*** *osób i których* ***roczny obrót nie przekracza 50 milionów EUR*** *lub* ***roczna suma bilansowa nie przekracza 43 milionów EUR****.*

1. Oświadczenie Wykonawcy o powierzeniu części zamówienia podwykonawcom, (*jeśli dotyczy uzupełnić tabelkę*)

Oświadczenie Wykonawcy o powierzeniu części zamówienia podwykonawcy/om

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***Lp.*** | ***Nazwa firmy podwykonawcy*** | ***Rodzaj części zamówienia, której wykonanie wykonawca zamierza powierzyć podwykonawcom*** | ***Wartość lub procentowa cześć, jaka ewentualnie zostanie zlecona***  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. W sytuacji wskazanej w art. 46 ust. 1 ustawy Prawo zamówień publicznych, zwrotu wadium należy dokonać na:

*odbiorca:* ……..……………………………….………………………………………………………………………………………………………………….

*nazwa banku:* ………………………………….………………………………………………………………………………………………………………….

*numer konta:* ………………………………………………………………………..………………………………….………………………………………..

*Uwaga: Prosimy wypełnić niniejszy punkt w przypadku wpłaty wadium w pieniądzu*

1. Osobą uprawnioną do kontaktu z Zamawiającym jest: .......................................................................................

nr telefonu/ faxu /e-mail .....................................................................................................................................

adres do korespondencji ………………………………………………..……………………….………………………….…………………………..….

elektroniczna skrzynka podawcza: ………………………………………………………...............................…………………………..

1. **KRYTERIUM - CENA**

**E. Obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej podmiotu leczniczego dla Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Konstantynowie Łódzkim**

**Łączna składka** przedstawionej oferty dla **Pakietu 4** za wskazany w SIWZ **3-LETNI** okres obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu leczniczego Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Konstantynowie Łódzkimwynosi: **…………………………..…………….............zł brutto,** (słownie .............................................................................. zł) w tym VAT zwolniony i płatna będzieprzelewem, jednorazowo w odniesieniu do rocznych okresów ubezpieczenia – płatnych zgodnie z harmonogramem:

* w pierwszym roku polisowym do 31 stycznia 2020r.
* w drugim roku polisowym do 31 stycznia 2021r.
* w trzecim roku polisowym do 31 stycznia 2022r.

**Obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej podmiotu leczniczego -** suma gwarancyjna**: r**ównowartość w złotych 75.000 euro na jedno zdarzenie i 350.000 euro na wszystkie zdarzenia w rocznym okresie ubezpieczenia

 składka za **roczny** okres ubezpieczenia...................................................................................................

(słownie:................................................................................................................................zł.)

składka za **3-LETNI** okres ubezpieczenia ................................................................................ ,

(słownie:................................................................................................................................zł.)

W kwestiach nieuregulowanych w SIWZ lub niniejszym Formularzu ofertowym do umowy będą mieć zastosowanie poniżej wymienione karty produktu, OWU lub inne wzorce umowy

*(Należy podać symbol lub inne oznaczenie karty produktu, OWU lub innego wzorca umowy)*

a.       …………………………………………….…………………………………………….

b.       …………………………………………….…………………………………………….

c.       …………………………………………….…………………………………………….

d.       …………………………………………….…………………………………………….

e.       …………………………………………….…………………………………………….

**Załączniki do Formularza ofertowego *(uzupełnić jeśli dotyczy):***

*(****Wymagane oświadczenia lub dokumenty,*** *wymienione w rozdziale VII SIWZ, nie są przez Zamawiającego uważane za Załączniki do Formularza ofertowego)*