**FORMULARZ OFERTY NA USŁUGĘ UBEZPIECZENIA**

**REGIONALNEGO CENTRUM** **KRWIODAWSTWA I KRWIOLECZNICTWA W BYDGOSZCZY**

**SIWZ NR 18/P/2019**

**PAKIET I**

1. Nazwa i adres Wykonawcy (ubezpieczyciela):

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

1. Dane kontaktowe wykonawcy (ubezpieczyciela): osoba kontaktowa, nr telefonu, adres email :

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

1. Cena ostateczna oferty (słownie) w całym okresie ubezpieczenia

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa ryzyka** | **Wysokość składki w pierwszym okresie polisowania** | **Wysokość składki w drugim okresie polisowania** | **Wysokość składki w trzecim okresie polisowania** |
| 1 | Obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą |  |  |  |
|  | **RAZEM** |  | | |

4.Sumy gwarancyjne, sumy ubezpieczenia, limity, udziały własne i franszyzy zgodnie z SIWZ

**KLAUZULE ROZSZERZAJĄCE ZAKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ**

| **Nazwa klauzuli** | **Liczba pkt przypisana klauzuli** | **Przyjęta TAK/NIE** |
| --- | --- | --- |
| 1. Klauzula stempla bankowego | Obligatoryjna |  |
| 1. Klauzula obiegu dokumentów | Obligatoryjna |  |
| 1. Klauzula likwidatora szkód | 20 |  |

1. Wykonawca oświadcza, że zapoznał się z warunkami przetargu, uzyskał wszystkie informacje niezbędne do oszacowania ryzyka, przygotowania oferty i właściwego wykonania zamówienia oraz, że nie wnosi żadnych zastrzeżeń do Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia wraz z wszystkimi załącznikami. Wykonawca oświadcza również, że zapoznał się z zapisami Umowy Generalnej i w pełni akceptuje jej treść.
2. Wykonawca oświadcza, że jest związany niniejszą ofertą przez okres 60 dni od upływu terminu składania ofert.

7.Następujące części zamówienia zostaną powierzone podwykonawcom:

***(Wykonawca wypełnia – o ile dotyczy):***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Części zamówienia, której wykonanie Wykonawca powierzy podwykonawcom** | **Nazwa firmy** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

8.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.

9.NRKRS\*\*...............................................................................................

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ........................................., | ............................ | ......................................................... |
| Miejscowość | Data | Podpis i pieczęć Wykonawcy |

\*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).

\*\*W przypadku wskazania przez Wykonawcę w/w dokumentu, w formie elektronicznej pod określonymi adresami internetowymi ogólnodostępnych i bezpłatnych baz danych, Zamawiający pobiera samodzielnie z tych baz danych wskazany przez Wykonawcę w/w dokument –dotyczy również Wykonawców zarejestrowanych w CEIDG

**FORMULARZ OFERTY NA USŁUGĘ UBEZPIECZENIA**

**REGIONALNEGO CENTRUM KRWIODAWSTWA I KRWIOLECZNICTWA W KATOWICACH**

**SIWZ NR 18/P/2019**

**PAKIET II**

1. Nazwa i adres Wykonawcy (ubezpieczyciela):

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

1. Dane kontaktowe wykonawcy (ubezpieczyciela): osoba kontaktowa, nr telefonu, adres email :

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

1. Cena ostateczna oferty (słownie) w całym okresie ubezpieczenia

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa ryzyka** | **Wysokość składki w pierwszym okresie polisowania** | **Wysokość składki w drugim okresie polisowania** | **Wysokość składki w trzecim okresie polisowania** |
| 1 | Obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą |  |  |  |
|  | **RAZEM** |  | | |

1. Sumy gwarancyjne, sumy ubezpieczenia, limity, udziały własne i franszyzy zgodnie z SIWZ

**KLAUZULE ROZSZERZAJĄCE ZAKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ**

| **Nazwa klauzuli** | **Liczba pkt przypisana klauzuli** | **Przyjęta TAK/NIE** |
| --- | --- | --- |
| 1. Klauzula stempla bankowego | Obligatoryjna |  |
| 1. Klauzula obiegu dokumentów | Obligatoryjna |  |
| 1. Klauzula likwidatora szkód | 20 |  |

1. Wykonawca oświadcza, że zapoznał się z warunkami przetargu, uzyskał wszystkie informacje niezbędne do oszacowania ryzyka, przygotowania oferty i właściwego wykonania zamówienia oraz, że nie wnosi żadnych zastrzeżeń do Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia wraz z wszystkimi załącznikami. Wykonawca oświadcza również, że zapoznał się z zapisami Umowy Generalnej i w pełni akceptuje jej treść.
2. Wykonawca oświadcza, że jest związany niniejszą ofertą przez okres 60 dni od upływu terminu składania ofert.

7.Następujące części zamówienia zostaną powierzone podwykonawcom:

***(Wykonawca wypełnia – o ile dotyczy):***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Części zamówienia, której wykonanie Wykonawca powierzy podwykonawcom** | **Nazwa firmy** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

8.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.

9.NRKRS\*\*...............................................................................................

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ........................................., | ............................ | ......................................................... |
| Miejscowość | Data | Podpis i pieczęć Wykonawcy |

\*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).

\*\*W przypadku wskazania przez Wykonawcę w/w dokumentu, w formie elektronicznej pod określonymi adresami internetowymi ogólnodostępnych i bezpłatnych baz danych, Zamawiający pobiera samodzielnie z tych baz danych wskazany przez Wykonawcę w/w dokument –dotyczy również Wykonawców zarejestrowanych w CEIDG

**FORMULARZ OFERTY NA USŁUGĘ UBEZPIECZENIA**

**REGIONALNEGO CENTRUM KRWIODAWSTWA I KRWIOLECZNICTWA W KIELCACH**

**SIWZ NR 18/P/2019**

**PAKIET III**

1. Nazwa i adres Wykonawcy (ubezpieczyciela):

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

1. Dane kontaktowe wykonawcy (ubezpieczyciela): osoba kontaktowa, nr telefonu, adres email :

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

1. Cena ostateczna oferty (słownie) w całym okresie ubezpieczenia

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa ryzyka** | **Wysokość składki w pierwszym okresie polisowania** | **Wysokość składki w drugim okresie polisowania** | **Wysokość składki w trzecim okresie polisowania** |
| 1 | Obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą |  |  |  |
|  | **RAZEM** |  | | |

4.Sumy gwarancyjne, sumy ubezpieczenia, limity, udziały własne i franszyzy zgodnie z SIWZ

**KLAUZULE ROZSZERZAJĄCE ZAKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ**

| **Nazwa klauzuli** | **Liczba pkt przypisana klauzuli** | **Przyjęta TAK/NIE** |
| --- | --- | --- |
| 1. Klauzula stempla bankowego | Obligatoryjna |  |
| 1. Klauzula obiegu dokumentów | Obligatoryjna |  |
| 1. Klauzula likwidatora szkód | 20 |  |

5.Wykonawca oświadcza, że zapoznał się z warunkami przetargu, uzyskał wszystkie informacje niezbędne do oszacowania ryzyka, przygotowania oferty i właściwego wykonania zamówienia oraz, że nie wnosi żadnych zastrzeżeń do Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia wraz z wszystkimi załącznikami. Wykonawca oświadcza również, że zapoznał się z zapisami Umowy Generalnej i w pełni akceptuje jej treść.

6.Wykonawca oświadcza, że jest związany niniejszą ofertą przez okres 60 dni od upływu terminu składania ofert.

7.Następujące części zamówienia zostaną powierzone podwykonawcom:

***(Wykonawca wypełnia – o ile dotyczy):***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Części zamówienia, której wykonanie Wykonawca powierzy podwykonawcom** | **Nazwa firmy** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

8.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.

9.NRKRS\*\*...............................................................................................

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ........................................., | ............................ | ......................................................... |
| Miejscowość | Data | Podpis i pieczęć Wykonawcy |

\*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).

\*\*W przypadku wskazania przez Wykonawcę w/w dokumentu, w formie elektronicznej pod określonymi adresami internetowymi ogólnodostępnych i bezpłatnych baz danych, Zamawiający pobiera samodzielnie z tych baz danych wskazany przez Wykonawcę w/w dokument –dotyczy również Wykonawców zarejestrowanych w CEIDG

**FORMULARZ OFERTY NA USŁUGĘ UBEZPIECZENIA**

**REGIONALNEGO CENTRUM KRWIODAWSTWA I KRWIOLECZNICTWA W KALISZU**

**SIWZ NR 18/P/2019**

**PAKIET IV**

1. Nazwa i adres Wykonawcy (ubezpieczyciela):

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

1. Dane kontaktowe wykonawcy (ubezpieczyciela): osoba kontaktowa, nr telefonu, adres email :

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

1. Cena ostateczna oferty (słownie) w całym okresie ubezpieczenia

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa ryzyka** | **Wysokość składki w pierwszym okresie polisowania** | **Wysokość składki w drugim okresie polisowania** | **Wysokość składki w trzecim okresie polisowania** |
| 1 | Obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą |  |  |  |
|  | **RAZEM** |  | | |

4.Sumy gwarancyjne, sumy ubezpieczenia, limity, udziały własne i franszyzy zgodnie z SIWZ

**KLAUZULE ROZSZERZAJĄCE ZAKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ**

| **Nazwa klauzuli** | **Liczba pkt przypisana klauzuli** | **Przyjęta TAK/NIE** |
| --- | --- | --- |
| 1. Klauzula stempla bankowego | Obligatoryjna |  |
| 1. Klauzula obiegu dokumentów | Obligatoryjna |  |
| 1. Klauzula likwidatora szkód | 20 |  |
| **RAZEM** | **-** | **-** |

5.Wykonawca oświadcza, że zapoznał się z warunkami przetargu, uzyskał wszystkie informacje niezbędne do oszacowania ryzyka, przygotowania oferty i właściwego wykonania zamówienia oraz, że nie wnosi żadnych zastrzeżeń do Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia wraz z wszystkimi załącznikami. Wykonawca oświadcza również, że zapoznał się z zapisami Umowy Generalnej i w pełni akceptuje jej treść.

6.Wykonawca oświadcza, że jest związany niniejszą ofertą przez okres 60 dni od upływu terminu składania ofert.

7.Następujące części zamówienia zostaną powierzone podwykonawcom:

***(Wykonawca wypełnia – o ile dotyczy):***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Części zamówienia, której wykonanie Wykonawca powierzy podwykonawcom** | **Nazwa firmy** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

8.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.

9.NRKRS\*\*...............................................................................................\*\*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ........................................., | ............................ | ......................................................... |
| Miejscowość | Data | Podpis i pieczęć Wykonawcy |

\*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).

\*\*W przypadku wskazania przez Wykonawcę w/w dokumentu, w formie elektronicznej pod określonymi adresami internetowymi ogólnodostępnych i bezpłatnych baz danych, Zamawiający pobiera samodzielnie z tych baz danych wskazany przez Wykonawcę w/w dokument –dotyczy również Wykonawców zarejestrowanych w CEIDG

**FORMULARZ OFERTY NA USŁUGĘ UBEZPIECZENIA**

**REGIONALNEGO CENTRUM KRWIODAWSTWA I KRWIOLECZNICTWA W KRAKOWIE**

**SIWZ NR 18/P/2019**

**PAKIET V**

1. Nazwa i adres Wykonawcy (ubezpieczyciela):

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

1. Dane kontaktowe wykonawcy (ubezpieczyciela): osoba kontaktowa, nr telefonu, adres email :

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

1. Cena ostateczna oferty (słownie) w całym okresie ubezpieczenia

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa ryzyka** | **Wysokość składki w pierwszym okresie polisowania** | **Wysokość składki w drugim okresie polisowania** | **Wysokość składki w trzecim okresie polisowania** |
| 1 | Obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą |  |  |  |
|  | **RAZEM** |  | | |

4.Sumy gwarancyjne, sumy ubezpieczenia, limity, udziały własne i franszyzy zgodnie z SIWZ

**KLAUZULE ROZSZERZAJĄCE ZAKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ**

| **Nazwa klauzuli** | **Liczba pkt przypisana klauzuli** | **Przyjęta TAK/NIE** |
| --- | --- | --- |
| 1. Klauzula stempla bankowego | Obligatoryjna |  |
| 1. Klauzula obiegu dokumentów | Obligatoryjna |  |
| 1. Klauzula likwidatora szkód | 20 |  |

5.Wykonawca oświadcza, że zapoznał się z warunkami przetargu, uzyskał wszystkie informacje niezbędne do oszacowania ryzyka, przygotowania oferty i właściwego wykonania zamówienia oraz, że nie wnosi żadnych zastrzeżeń do Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia wraz z wszystkimi załącznikami. Wykonawca oświadcza również, że zapoznał się z zapisami Umowy Generalnej i w pełni akceptuje jej treść.

6.Wykonawca oświadcza, że jest związany niniejszą ofertą przez okres 60 dni od upływu terminu składania ofert.

7.Następujące części zamówienia zostaną powierzone podwykonawcom:

***(Wykonawca wypełnia – o ile dotyczy):***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Części zamówienia, której wykonanie Wykonawca powierzy podwykonawcom** | **Nazwa firmy** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

8.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.

9.NRKRS\*\*...............................................................................................

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ........................................., | ............................ | ......................................................... |
| Miejscowość | Data | Podpis i pieczęć Wykonawcy |

\*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).

\*\*W przypadku wskazania przez Wykonawcę w/w dokumentu, w formie elektronicznej pod określonymi adresami internetowymi ogólnodostępnych i bezpłatnych baz danych, Zamawiający pobiera samodzielnie z tych baz danych wskazany przez Wykonawcę w/w dokument –dotyczy również Wykonawców zarejestrowanych w CEIDG

**FORMULARZ OFERTY NA USŁUGĘ UBEZPIECZENIA**

**REGIONALNEGO CENTRUM KRWIODAWSTWA I KRWIOLECZNICTWA W LUBLINIE**

**SIWZ NR 18/P/2019**

**PAKIET VI**

1. Nazwa i adres Wykonawcy (ubezpieczyciela):

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

1. Dane kontaktowe wykonawcy (ubezpieczyciela): osoba kontaktowa, nr telefonu, adres email :

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

1. Cena ostateczna oferty (słownie) w całym okresie ubezpieczenia

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa ryzyka** | **Wysokość składki w pierwszym okresie polisowania** | **Wysokość składki w drugim okresie polisowania** | **Wysokość składki w trzecim okresie polisowania** |
| 1 | Obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą | NIE DOTYCZY | NIE DOTYCZY |  |
|  | **RAZEM** |  | | |

4.Sumy gwarancyjne, sumy ubezpieczenia, limity, udziały własne i franszyzy zgodnie z SIWZ

**KLAUZULE ROZSZERZAJĄCE ZAKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ**

| **Nazwa klauzuli** | **Liczba pkt przypisana klauzuli** | **Przyjęta TAK/NIE** |
| --- | --- | --- |
| 1. Klauzula stempla bankowego | Obligatoryjna |  |
| 1. Klauzula obiegu dokumentów | Obligatoryjna |  |
| 1. Klauzula likwidatora szkód | 20 |  |

5.Wykonawca oświadcza, że zapoznał się z warunkami przetargu, uzyskał wszystkie informacje niezbędne do oszacowania ryzyka, przygotowania oferty i właściwego wykonania zamówienia oraz, że nie wnosi żadnych zastrzeżeń do Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia wraz z wszystkimi załącznikami. Wykonawca oświadcza również, że zapoznał się z zapisami Umowy Generalnej i w pełni akceptuje jej treść.

6.Wykonawca oświadcza, że jest związany niniejszą ofertą przez okres 60 dni od upływu terminu składania ofert.

7.Następujące części zamówienia zostaną powierzone podwykonawcom:

***(Wykonawca wypełnia – o ile dotyczy):***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Części zamówienia, której wykonanie Wykonawca powierzy podwykonawcom** | **Nazwa firmy** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

8.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.

9.NRKRS\*\*...............................................................................................\*\*W przypadku wskazania przez Wykonawcę w/w dokumentu, w formie elektronicznej pod określonymi adresami internetowymi ogólnodostępnych i bezpłatnych baz danych, Zamawiający pobiera samodzielnie z tych baz danych wskazany przez Wykonawcę w/w dokument –dotyczy również Wykonawców zarejestrowanych w CEIDG

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ........................................., | ............................ | ......................................................... |
| Miejscowość | Data | Podpis i pieczęć Wykonawcy |

\*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).

**FORMULARZ OFERTY NA USŁUGĘ UBEZPIECZENIA**

**REGIONALNEGO CENTRUM KRWIODAWSTWA I KRWIOLECZNICTWA W OLSZTYNIE**

**SIWZ NR 18/P/2019**

**PAKIET VII**

1. Nazwa i adres Wykonawcy (ubezpieczyciela):

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

1. Dane kontaktowe wykonawcy (ubezpieczyciela): osoba kontaktowa, nr telefonu, adres email :

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

1. Cena ostateczna oferty (słownie) w całym okresie ubezpieczenia

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa ryzyka** | **Wysokość składki w pierwszym okresie polisowania** | **Wysokość składki w drugim okresie polisowania** | **Wysokość składki w trzecim okresie polisowania** |
| 1 | Obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą |  |  |  |
|  | **RAZEM** |  | | |

4.Sumy gwarancyjne, sumy ubezpieczenia, limity, udziały własne i franszyzy zgodnie z SIWZ

**KLAUZULE ROZSZERZAJĄCE ZAKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ**

| **Nazwa klauzuli** | **Liczba pkt przypisana klauzuli** | **Przyjęta TAK/NIE** |
| --- | --- | --- |
| 1. Klauzula stempla bankowego | Obligatoryjna |  |
| 1. Klauzula obiegu dokumentów | Obligatoryjna |  |
| 1. Klauzula likwidatora szkód | 20 |  |

5.Wykonawca oświadcza, że zapoznał się z warunkami przetargu, uzyskał wszystkie informacje niezbędne do oszacowania ryzyka, przygotowania oferty i właściwego wykonania zamówienia oraz, że nie wnosi żadnych zastrzeżeń do Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia wraz z wszystkimi załącznikami. Wykonawca oświadcza również, że zapoznał się z zapisami Umowy Generalnej i w pełni akceptuje jej treść.

6.Wykonawca oświadcza, że jest związany niniejszą ofertą przez okres 60 dni od upływu terminu składania ofert.

7.Następujące części zamówienia zostaną powierzone podwykonawcom:

***(Wykonawca wypełnia – o ile dotyczy):***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Części zamówienia, której wykonanie Wykonawca powierzy podwykonawcom** | **Nazwa firmy** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

8.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.

9.NRKRS\*\*...............................................................................................

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ........................................., | ............................ | ......................................................... |
| Miejscowość | Data | Podpis i pieczęć Wykonawcy |

\*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).

\*\*W przypadku wskazania przez Wykonawcę w/w dokumentu, w formie elektronicznej pod określonymi adresami internetowymi ogólnodostępnych i bezpłatnych baz danych, Zamawiający pobiera samodzielnie z tych baz danych wskazany przez Wykonawcę w/w dokument –dotyczy również Wykonawców zarejestrowanych w CEIDG

**FORMULARZ OFERTY NA USŁUGĘ UBEZPIECZENIA**

**REGIONALNEGO CENTRUM KRWIODAWSTWA I KRWIOLECZNICTWA W OPOLU**

**SIWZ NR 18/P/2019**

**PAKIET VIII**

1. Nazwa i adres Wykonawcy (ubezpieczyciela):

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

1. Dane kontaktowe wykonawcy (ubezpieczyciela): osoba kontaktowa, nr telefonu, adres email :

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

1. Cena ostateczna oferty (słownie) w całym okresie ubezpieczenia

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa ryzyka** | **Wysokość składki w pierwszym okresie polisowania** | **Wysokość składki w drugim okresie polisowania** | **Wysokość składki w trzecim okresie polisowania** |
| 1 | Obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą |  |  |  |
|  | **RAZEM** |  | | |

4.Sumy gwarancyjne, sumy ubezpieczenia, limity, udziały własne i franszyzy zgodnie z SIWZ

**KLAUZULE ROZSZERZAJĄCE ZAKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ**

| **Nazwa klauzuli** | **Liczba pkt przypisana klauzuli** | **Przyjęta TAK/NIE** |
| --- | --- | --- |
| 1. Klauzula stempla bankowego | Obligatoryjna |  |
| 1. Klauzula obiegu dokumentów | Obligatoryjna |  |
| 1. Klauzula likwidatora szkód | 20 |  |

5.Wykonawca oświadcza, że zapoznał się z warunkami przetargu, uzyskał wszystkie informacje niezbędne do oszacowania ryzyka, przygotowania oferty i właściwego wykonania zamówienia oraz, że nie wnosi żadnych zastrzeżeń do Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia wraz z wszystkimi załącznikami. Wykonawca oświadcza również, że zapoznał się z zapisami Umowy Generalnej i w pełni akceptuje jej treść.

6.Wykonawca oświadcza, że jest związany niniejszą ofertą przez okres 60 dni od upływu terminu składania ofert.

7.Następujące części zamówienia zostaną powierzone podwykonawcom:

***(Wykonawca wypełnia – o ile dotyczy):***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Części zamówienia, której wykonanie Wykonawca powierzy podwykonawcom** | **Nazwa firmy** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

8.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.

9.NRKRS\*\*...............................................................................................

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ........................................., | ............................ | ......................................................... |
| Miejscowość | Data | Podpis i pieczęć Wykonawcy |

\*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).

\*\*W przypadku wskazania przez Wykonawcę w/w dokumentu, w formie elektronicznej pod określonymi adresami internetowymi ogólnodostępnych i bezpłatnych baz danych, Zamawiający pobiera samodzielnie z tych baz danych wskazany przez Wykonawcę w/w dokument –dotyczy również Wykonawców zarejestrowanych w CEIDG

**FORMULARZ OFERTY NA USŁUGĘ UBEZPIECZENIA**

**REGIONALNEGO CENTRUM KRWIODAWSTWA I KRWIOLECZNICTWA W RACIBORZU**

**SIWZ NR 18/P/2019**

**PAKIET IX**

1. Nazwa i adres Wykonawcy (ubezpieczyciela):

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

1. Dane kontaktowe wykonawcy (ubezpieczyciela): osoba kontaktowa, nr telefonu, adres email :

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

1. Cena ostateczna oferty (słownie) w całym okresie ubezpieczenia

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa ryzyka** | **Wysokość składki w pierwszym okresie polisowania** | **Wysokość składki w drugim okresie polisowania** | **Wysokość składki w trzecim okresie polisowania** |
| 1 | Obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą |  |  |  |
|  | **RAZEM** |  | | |

4.Sumy gwarancyjne, sumy ubezpieczenia, limity, udziały własne i franszyzy zgodnie z SIWZ

**KLAUZULE ROZSZERZAJĄCE ZAKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ**

| **Nazwa klauzuli** | **Liczba pkt przypisana klauzuli** | **Przyjęta TAK/NIE** |
| --- | --- | --- |
| 1. Klauzula stempla bankowego | Obligatoryjna |  |
| 1. Klauzula obiegu dokumentów | Obligatoryjna |  |
| 1. Klauzula likwidatora szkód | 20 |  |

5.Wykonawca oświadcza, że zapoznał się z warunkami przetargu, uzyskał wszystkie informacje niezbędne do oszacowania ryzyka, przygotowania oferty i właściwego wykonania zamówienia oraz, że nie wnosi żadnych zastrzeżeń do Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia wraz z wszystkimi załącznikami. Wykonawca oświadcza również, że zapoznał się z zapisami Umowy Generalnej i w pełni akceptuje jej treść.

6.Wykonawca oświadcza, że jest związany niniejszą ofertą przez okres 60 dni od upływu terminu składania ofert.

7.Następujące części zamówienia zostaną powierzone podwykonawcom:

***(Wykonawca wypełnia – o ile dotyczy):***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Części zamówienia, której wykonanie Wykonawca powierzy podwykonawcom** | **Nazwa firmy** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

8.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.

9.NRKRS\*\*...............................................................................................

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ........................................, | ............................ | ......................................................... |
| Miejscowość | Data | Podpis i pieczęć Wykonawcy |

\*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).

\*\*W przypadku wskazania przez Wykonawcę w/w dokumentu, w formie elektronicznej pod określonymi adresami internetowymi ogólnodostępnych i bezpłatnych baz danych, Zamawiający pobiera samodzielnie z tych baz danych wskazany przez Wykonawcę w/w dokument –dotyczy również Wykonawców zarejestrowanych w CEIDG

**FORMULARZ OFERTY NA USŁUGĘ UBEZPIECZENIA**

**REGIONALNEGO CENTRUM KRWIODAWSTWA I KRWIOLECZNICTWA W RADOMIU**

**SIWZ NR 18/P/2019**

**PAKIET X**

1. Nazwa i adres Wykonawcy (ubezpieczyciela):

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

1. Dane kontaktowe wykonawcy (ubezpieczyciela): osoba kontaktowa, nr telefonu, adres email :

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

1. Cena ostateczna oferty (słownie) w całym okresie ubezpieczenia

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa ryzyka** | **Wysokość składki w pierwszym okresie polisowania** | **Wysokość składki w drugim okresie polisowania** | **Wysokość składki w trzecim okresie polisowania** |
| 1 | Obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą |  |  |  |
|  | **RAZEM** |  | | |

4.Sumy gwarancyjne, sumy ubezpieczenia, limity, udziały własne i franszyzy zgodnie z SIWZ

**KLAUZULE ROZSZERZAJĄCE ZAKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ**

| **Nazwa klauzuli** | **Liczba pkt przypisana klauzuli** | **Przyjęta TAK/NIE** |
| --- | --- | --- |
| 1. Klauzula stempla bankowego | Obligatoryjna |  |
| 1. Klauzula obiegu dokumentów | Obligatoryjna |  |
| 1. Klauzula likwidatora szkód | 20 |  |

5.Wykonawca oświadcza, że zapoznał się z warunkami przetargu, uzyskał wszystkie informacje niezbędne do oszacowania ryzyka, przygotowania oferty i właściwego wykonania zamówienia oraz, że nie wnosi żadnych zastrzeżeń do Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia wraz z wszystkimi załącznikami. Wykonawca oświadcza również, że zapoznał się z zapisami Umowy Generalnej i w pełni akceptuje jej treść.

6.Wykonawca oświadcza, że jest związany niniejszą ofertą przez okres 60 dni od upływu terminu składania ofert.

7.Następujące części zamówienia zostaną powierzone podwykonawcom:

***(Wykonawca wypełnia – o ile dotyczy):***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Części zamówienia, której wykonanie Wykonawca powierzy podwykonawcom** | **Nazwa firmy** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

8.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.

9.NRKRS\*\*...............................................................................................

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ........................................., | ............................ | ......................................................... |
| Miejscowość | Data | Podpis i pieczęć Wykonawcy |

\*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).

\*\*W przypadku wskazania przez Wykonawcę w/w dokumentu, w formie elektronicznej pod określonymi adresami internetowymi ogólnodostępnych i bezpłatnych baz danych, Zamawiający pobiera samodzielnie z tych baz danych wskazany przez Wykonawcę w/w dokument –dotyczy również Wykonawców zarejestrowanych w CEIDG

**FORMULARZ OFERTY NA USŁUGĘ UBEZPIECZENIA**

**REGIONALNEGO CENTRUM KRWIODAWSTWA I KRWIOLECZNICTWA W RZESZOWIE**

**SIWZ NR 18/P/2019**

**PAKIET XI**

1. Nazwa i adres Wykonawcy (ubezpieczyciela):

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

1. Dane kontaktowe wykonawcy (ubezpieczyciela): osoba kontaktowa, nr telefonu, adres email :

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

1. Cena ostateczna oferty (słownie) w całym okresie ubezpieczenia

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa ryzyka** | **Wysokość składki w pierwszym okresie polisowania** | **Wysokość składki w drugim okresie polisowania** | **Wysokość składki w trzecim okresie polisowania** |
| 1 | Obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą |  |  |  |
|  | **RAZEM** |  | | |

4.Sumy gwarancyjne, sumy ubezpieczenia, limity, udziały własne i franszyzy zgodnie z SIWZ

**KLAUZULE ROZSZERZAJĄCE ZAKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ**

| **Nazwa klauzuli** | **Liczba pkt przypisana klauzuli** | **Przyjęta TAK/NIE** |
| --- | --- | --- |
| 1. Klauzula stempla bankowego | Obligatoryjna |  |
| 1. Klauzula obiegu dokumentów | Obligatoryjna |  |
| 1. Klauzula likwidatora szkód | 20 |  |

5.Wykonawca oświadcza, że zapoznał się z warunkami przetargu, uzyskał wszystkie informacje niezbędne do oszacowania ryzyka, przygotowania oferty i właściwego wykonania zamówienia oraz, że nie wnosi żadnych zastrzeżeń do Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia wraz z wszystkimi załącznikami. Wykonawca oświadcza również, że zapoznał się z zapisami Umowy Generalnej i w pełni akceptuje jej treść.

6.Wykonawca oświadcza, że jest związany niniejszą ofertą przez okres 60 dni od upływu terminu składania ofert.

7.Następujące części zamówienia zostaną powierzone podwykonawcom:

***(Wykonawca wypełnia – o ile dotyczy):***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Części zamówienia, której wykonanie Wykonawca powierzy podwykonawcom** | **Nazwa firmy** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

8.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.

9.NRKRS\*\*...............................................................................................

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ........................................., | ............................ | ......................................................... |
| Miejscowość | Data | Podpis i pieczęć Wykonawcy |

\*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).

\*\*W przypadku wskazania przez Wykonawcę w/w dokumentu, w formie elektronicznej pod określonymi adresami internetowymi ogólnodostępnych i bezpłatnych baz danych, Zamawiający pobiera samodzielnie z tych baz danych wskazany przez Wykonawcę w/w dokument –dotyczy również Wykonawców zarejestrowanych w CEIDG

**FORMULARZ OFERTY NA USŁUGĘ UBEZPIECZENIA**

**REGIONALNEGO CENTRUM KRWIODAWSTWA I KRWIOLECZNICTWA W SŁUPSKU**

**SIWZ NR 18/P/2019**

**PAKIET XII**

1. Nazwa i adres Wykonawcy (ubezpieczyciela):

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

1. Dane kontaktowe wykonawcy (ubezpieczyciela): osoba kontaktowa, nr telefonu, adres email :

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

1. Cena ostateczna oferty (słownie) w całym okresie ubezpieczenia

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa ryzyka** | **Wysokość składki w pierwszym okresie polisowania** | **Wysokość składki w drugim okresie polisowania** | **Wysokość składki w trzecim okresie polisowania** |
| 1 | Obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą |  |  |  |
|  | **RAZEM** |  | | |

4.Sumy gwarancyjne, sumy ubezpieczenia, limity, udziały własne i franszyzy zgodnie z SIWZ

**KLAUZULE ROZSZERZAJĄCE ZAKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ**

| **Nazwa klauzuli** | **Liczba pkt przypisana klauzuli** | **Przyjęta TAK/NIE** |
| --- | --- | --- |
| 1. Klauzula stempla bankowego | Obligatoryjna |  |
| 1. Klauzula obiegu dokumentów | Obligatoryjna |  |
| 1. Klauzula likwidatora szkód | 20 |  |

5.Wykonawca oświadcza, że zapoznał się z warunkami przetargu, uzyskał wszystkie informacje niezbędne do oszacowania ryzyka, przygotowania oferty i właściwego wykonania zamówienia oraz, że nie wnosi żadnych zastrzeżeń do Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia wraz z wszystkimi załącznikami. Wykonawca oświadcza również, że zapoznał się z zapisami Umowy Generalnej i w pełni akceptuje jej treść.

6.Wykonawca oświadcza, że jest związany niniejszą ofertą przez okres 60 dni od upływu terminu składania ofert.

7.Następujące części zamówienia zostaną powierzone podwykonawcom:

***(Wykonawca wypełnia – o ile dotyczy):***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Części zamówienia, której wykonanie Wykonawca powierzy podwykonawcom** | **Nazwa firmy** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

8.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.

9.NRKRS\*\*...............................................................................................

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ........................................., | ............................ | ......................................................... |
| Miejscowość | Data | Podpis i pieczęć Wykonawcy |

\*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).

\*\*W przypadku wskazania przez Wykonawcę w/w dokumentu, w formie elektronicznej pod określonymi adresami internetowymi ogólnodostępnych i bezpłatnych baz danych, Zamawiający pobiera samodzielnie z tych baz danych wskazany przez Wykonawcę w/w dokument –dotyczy również Wykonawców zarejestrowanych w CEIDG

**FORMULARZ OFERTY NA USŁUGĘ UBEZPIECZENIA**

**REGIONALNEGO CENTRUM KRWIODAWSTWA I KRWIOLECZNICTWA W WAŁBRZYCHU**

**SIWZ NR 18/P/2019**

**PAKIET XIII**

1. Nazwa i adres Wykonawcy (ubezpieczyciela):

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

1. Dane kontaktowe wykonawcy (ubezpieczyciela): osoba kontaktowa, nr telefonu, adres email :

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

1. Cena ostateczna oferty (słownie) w całym okresie ubezpieczenia

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa ryzyka** | **Wysokość składki w pierwszym okresie polisowania** | **Wysokość składki w drugim okresie polisowania** | **Wysokość składki w trzecim okresie polisowania** |
| 1 | Obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą |  |  |  |
|  | **RAZEM** |  | | |

4.Sumy gwarancyjne, sumy ubezpieczenia, limity, udziały własne i franszyzy zgodnie z SIWZ

**KLAUZULE ROZSZERZAJĄCE ZAKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ**

| **Nazwa klauzuli** | **Liczba pkt przypisana klauzuli** | **Przyjęta TAK/NIE** |
| --- | --- | --- |
| 1. Klauzula stempla bankowego | Obligatoryjna |  |
| 1. Klauzula obiegu dokumentów | Obligatoryjna |  |
| 1. Klauzula likwidatora szkód | 20 |  |

5.Wykonawca oświadcza, że zapoznał się z warunkami przetargu, uzyskał wszystkie informacje niezbędne do oszacowania ryzyka, przygotowania oferty i właściwego wykonania zamówienia oraz, że nie wnosi żadnych zastrzeżeń do Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia wraz z wszystkimi załącznikami. Wykonawca oświadcza również, że zapoznał się z zapisami Umowy Generalnej i w pełni akceptuje jej treść.

6.Wykonawca oświadcza, że jest związany niniejszą ofertą przez okres 60 dni od upływu terminu składania ofert.

7.Następujące części zamówienia zostaną powierzone podwykonawcom:

***(Wykonawca wypełnia – o ile dotyczy):***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Części zamówienia, której wykonanie Wykonawca powierzy podwykonawcom** | **Nazwa firmy** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

8.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.

9.NRKRS\*\*...............................................................................................

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ........................................., | ............................ | ......................................................... |
| Miejscowość | Data | Podpis i pieczęć Wykonawcy |

\*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)

\*\*W przypadku wskazania przez Wykonawcę w/w dokumentu, w formie elektronicznej pod określonymi adresami internetowymi ogólnodostępnych i bezpłatnych baz danych, Zamawiający pobiera samodzielnie z tych baz danych wskazany przez Wykonawcę w/w dokument –dotyczy również Wykonawców zarejestrowanych w CEIDG

**FORMULARZ OFERTY NA USŁUGĘ UBEZPIECZENIA**

**REGIONALNEGO CENTRUM KRWIODAWSTWA I KRWIOLECZNICTWA W WARSZAWIE**

**SIWZ NR 18/P/2019**

**PAKIET XIV**

1. Nazwa i adres Wykonawcy (ubezpieczyciela):

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

1. Dane kontaktowe wykonawcy (ubezpieczyciela): osoba kontaktowa, nr telefonu, adres email :

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

1. Cena ostateczna oferty (słownie) w całym okresie ubezpieczenia

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa ryzyka** | **Wysokość składki w pierwszym okresie polisowania** | **Wysokość składki w drugim okresie polisowania** | **Wysokość składki w trzecim okresie polisowania** |
| 1 | Obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą |  |  |  |
|  | **RAZEM** |  | | |

4.Sumy gwarancyjne, sumy ubezpieczenia, limity, udziały własne i franszyzy zgodnie z SIWZ

**KLAUZULE ROZSZERZAJĄCE ZAKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ**

| **Nazwa klauzuli** | **Liczba pkt przypisana klauzuli** | **Przyjęta TAK/NIE** |
| --- | --- | --- |
| 1. Klauzula stempla bankowego | Obligatoryjna |  |
| 1. Klauzula obiegu dokumentów | Obligatoryjna |  |
| 1. Klauzula likwidatora szkód | 20 |  |

5.Wykonawca oświadcza, że zapoznał się z warunkami przetargu, uzyskał wszystkie informacje niezbędne do oszacowania ryzyka, przygotowania oferty i właściwego wykonania zamówienia oraz, że nie wnosi żadnych zastrzeżeń do Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia wraz z wszystkimi załącznikami. Wykonawca oświadcza również, że zapoznał się z zapisami Umowy Generalnej i w pełni akceptuje jej treść.

6.Wykonawca oświadcza, że jest związany niniejszą ofertą przez okres 60 dni od upływu terminu składania ofert.

7.Następujące części zamówienia zostaną powierzone podwykonawcom:

***(Wykonawca wypełnia – o ile dotyczy):***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Części zamówienia, której wykonanie Wykonawca powierzy podwykonawcom** | **Nazwa firmy** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

8.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.

9.NRKRS\*\*...............................................................................................

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ........................................., | ............................ | ......................................................... |
| Miejscowość | Data | Podpis i pieczęć Wykonawcy |

\*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).

\*\*W przypadku wskazania przez Wykonawcę w/w dokumentu, w formie elektronicznej pod określonymi adresami internetowymi ogólnodostępnych i bezpłatnych baz danych, Zamawiający pobiera samodzielnie z tych baz danych wskazany przez Wykonawcę w/w dokument –dotyczy również Wykonawców zarejestrowanych w CEIDG

**FORMULARZ OFERTY NA USŁUGĘ UBEZPIECZENIA**

**REGIONALNEGO CENTRUM KRWIODAWSTWA I KRWIOLECZNICTWA WE WROCŁAWIU**

**SIWZ NR 18/P/2019**

**PAKIET XV**

1. Nazwa i adres Wykonawcy (ubezpieczyciela):

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

1. Dane kontaktowe wykonawcy (ubezpieczyciela): osoba kontaktowa, nr telefonu, adres email :

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

1. Cena ostateczna oferty (słownie) w całym okresie ubezpieczenia

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa ryzyka** | **Wysokość składki w pierwszym okresie polisowania** | **Wysokość składki w drugim okresie polisowania** | **Wysokość składki w trzecim okresie polisowania** |
| 1 | Obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą | NIE DOTYCZY |  |  |
|  | **RAZEM** |  | | |

4.Sumy gwarancyjne, sumy ubezpieczenia, limity, udziały własne i franszyzy zgodnie z SIWZ

**KLAUZULE ROZSZERZAJĄCE ZAKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ**

| **Nazwa klauzuli** | **Liczba pkt przypisana klauzuli** | **Przyjęta TAK/NIE** |
| --- | --- | --- |
| 1. Klauzula stempla bankowego | Obligatoryjna |  |
| 1. Klauzula obiegu dokumentów | Obligatoryjna |  |
| 1. Klauzula likwidatora szkód | 20 |  |

5.Wykonawca oświadcza, że zapoznał się z warunkami przetargu, uzyskał wszystkie informacje niezbędne do oszacowania ryzyka, przygotowania oferty i właściwego wykonania zamówienia oraz, że nie wnosi żadnych zastrzeżeń do Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia wraz z wszystkimi załącznikami. Wykonawca oświadcza również, że zapoznał się z zapisami Umowy Generalnej i w pełni akceptuje jej treść.

6.Wykonawca oświadcza, że jest związany niniejszą ofertą przez okres 60 dni od upływu terminu składania ofert.

7.Następujące części zamówienia zostaną powierzone podwykonawcom:

***(Wykonawca wypełnia – o ile dotyczy):***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Części zamówienia, której wykonanie Wykonawca powierzy podwykonawcom** | **Nazwa firmy** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

8.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.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

9.NRKRS\*\*...............................................................................................

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ........................................., | ............................ | ......................................................... |
| Miejscowość | Data | Podpis i pieczęć Wykonawcy |

\*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).

\*\*W przypadku wskazania przez Wykonawcę w/w dokumentu, w formie elektronicznej pod określonymi adresami internetowymi ogólnodostępnych i bezpłatnych baz danych, Zamawiający pobiera samodzielnie z tych baz danych wskazany przez Wykonawcę w/w dokument –dotyczy również Wykonawców zarejestrowanych w CEIDG

**FORMULARZ OFERTY NA USŁUGĘ UBEZPIECZENIA**

**REGIONALNEGO CENTRUM KRWIODAWSTWA I KRWIOLECZNICTWA W ZIELONEJ GÓRZE**

**SIWZ NR 18/P/2019**

**PAKIET XVI**

1. Nazwa i adres Wykonawcy (ubezpieczyciela):

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

1. Dane kontaktowe wykonawcy (ubezpieczyciela): osoba kontaktowa, nr telefonu, adres email :

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

1. Cena ostateczna oferty (słownie) w całym okresie ubezpieczenia

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa ryzyka** | **Wysokość składki w pierwszym okresie polisowania** | **Wysokość składki w drugim okresie polisowania** | **Wysokość składki w trzecim okresie polisowania** |
| 1 | Obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą |  |  |  |
|  | **RAZEM** |  | | |

4.Sumy gwarancyjne, sumy ubezpieczenia, limity, udziały własne i franszyzy zgodnie z SIWZ

**KLAUZULE ROZSZERZAJĄCE ZAKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ**

| **Nazwa klauzuli** | **Liczba pkt przypisana klauzuli** | **Przyjęta TAK/NIE** |
| --- | --- | --- |
| 1. Klauzula stempla bankowego | Obligatoryjna |  |
| 1. Klauzula obiegu dokumentów | Obligatoryjna |  |
| 1. Klauzula likwidatora szkód | 20 |  |

5.Wykonawca oświadcza, że zapoznał się z warunkami przetargu, uzyskał wszystkie informacje niezbędne do oszacowania ryzyka, przygotowania oferty i właściwego wykonania zamówienia oraz, że nie wnosi żadnych zastrzeżeń do Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia wraz z wszystkimi załącznikami. Wykonawca oświadcza również, że zapoznał się z zapisami Umowy Generalnej i w pełni akceptuje jej treść.

6.Wykonawca oświadcza, że jest związany niniejszą ofertą przez okres 60 dni od upływu terminu składania ofert.

7.Następujące części zamówienia zostaną powierzone podwykonawcom:

***(Wykonawca wypełnia – o ile dotyczy):***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Części zamówienia, której wykonanie Wykonawca powierzy podwykonawcom** | **Nazwa firmy** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

8.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.

9.NRKRS\*\*...............................................................................................

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ........................................., | ............................ | ......................................................... |
| Miejscowość | Data | Podpis i pieczęć Wykonawcy |

\*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).

\*\*W przypadku wskazania przez Wykonawcę w/w dokumentu, w formie elektronicznej pod określonymi adresami internetowymi ogólnodostępnych i bezpłatnych baz danych, Zamawiający pobiera samodzielnie z tych baz danych wskazany przez Wykonawcę w/w dokument –dotyczy również Wykonawców zarejestrowanych w CEIDG

**FORMULARZ OFERTY NA USŁUGĘ UBEZPIECZENIA**

**REGIONALNEGO CENTRUM KRWIODAWSTWA I KRWIOLECZNICTWA W ŁODZI**

**SIWZ NR 18/P/2019**

**PAKIET XVII**

1. Nazwa i adres Wykonawcy (ubezpieczyciela):

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

1. Dane kontaktowe wykonawcy (ubezpieczyciela): osoba kontaktowa, nr telefonu, adres email :

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

1. Cena ostateczna oferty (słownie) w całym okresie ubezpieczenia

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa ryzyka** | **Wysokość składki w pierwszym okresie polisowania** | **Wysokość składki w drugim okresie polisowania** | **Wysokość składki w trzecim okresie polisowania** |
| 1 | Obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą |  |  |  |
|  | **RAZEM** |  | | |

4.Sumy gwarancyjne, sumy ubezpieczenia, limity, udziały własne i franszyzy zgodnie z SIWZ

**KLAUZULE ROZSZERZAJĄCE ZAKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ**

| **Nazwa klauzuli** | **Liczba pkt przypisana klauzuli** | **Przyjęta TAK/NIE** |
| --- | --- | --- |
| 1. Klauzula stempla bankowego | Obligatoryjna |  |
| 1. Klauzula obiegu dokumentów | Obligatoryjna |  |
| 1. Klauzula likwidatora szkód | 20 |  |

5.Wykonawca oświadcza, że zapoznał się z warunkami przetargu, uzyskał wszystkie informacje niezbędne do oszacowania ryzyka, przygotowania oferty i właściwego wykonania zamówienia oraz, że nie wnosi żadnych zastrzeżeń do Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia wraz z wszystkimi załącznikami. Wykonawca oświadcza również, że zapoznał się z zapisami Umowy Generalnej i w pełni akceptuje jej treść.

6.Wykonawca oświadcza, że jest związany niniejszą ofertą przez okres 60 dni od upływu terminu składania ofert.

7.Następujące części zamówienia zostaną powierzone podwykonawcom:

***(Wykonawca wypełnia – o ile dotyczy):***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Części zamówienia, której wykonanie Wykonawca powierzy podwykonawcom** | **Nazwa firmy** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

8.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.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  |  |

9.NRKRS\*\*...............................................................................................

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ........................................., | ............................ | ......................................................... |
| Miejscowość | Data | Podpis i pieczęć Wykonawcy |

\*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).

\*\*W przypadku wskazania przez Wykonawcę w/w dokumentu, w formie elektronicznej pod określonymi adresami internetowymi ogólnodostępnych i bezpłatnych baz danych, Zamawiający pobiera samodzielnie z tych baz danych wskazany przez Wykonawcę w/w dokument –dotyczy również Wykonawców zarejestrowanych w CEIDG

**FORMULARZ OFERTY NA USŁUGĘ UBEZPIECZENIA**

**REGIONALNEGO CENTRUM KRWIODAWSTWA I KRWIOLECZNICTWA W POZNANIU**

**SIWZ NR 18/P/2019**

**PAKIET XVIII**

1. Nazwa i adres Wykonawcy (ubezpieczyciela):

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

1. Dane kontaktowe wykonawcy (ubezpieczyciela): osoba kontaktowa, nr telefonu, adres email :

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

1. Cena ostateczna oferty (słownie) w całym okresie ubezpieczenia

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa ryzyka** | **Wysokość składki w pierwszym okresie polisowania** | **Wysokość składki w drugim okresie polisowania** | **Wysokość składki w trzecim okresie polisowania** |
| 1 | Obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą |  |  |  |
|  | **RAZEM** |  | | |

4.Sumy gwarancyjne, sumy ubezpieczenia, limity, udziały własne i franszyzy zgodnie z SIWZ

**KLAUZULE ROZSZERZAJĄCE ZAKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ**

| **Nazwa klauzuli** | **Liczba pkt przypisana klauzuli** | **Przyjęta TAK/NIE** |
| --- | --- | --- |
| 1. Klauzula stempla bankowego | Obligatoryjna |  |
| 1. Klauzula obiegu dokumentów | Obligatoryjna |  |
| 1. Klauzula likwidatora szkód | 20 |  |

5.Wykonawca oświadcza, że zapoznał się z warunkami przetargu, uzyskał wszystkie informacje niezbędne do oszacowania ryzyka, przygotowania oferty i właściwego wykonania zamówienia oraz, że nie wnosi żadnych zastrzeżeń do Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia wraz z wszystkimi załącznikami. Wykonawca oświadcza również, że zapoznał się z zapisami Umowy Generalnej i w pełni akceptuje jej treść.

6.Wykonawca oświadcza, że jest związany niniejszą ofertą przez okres 60 dni od upływu terminu składania ofert.

7.Następujące części zamówienia zostaną powierzone podwykonawcom:

***(Wykonawca wypełnia – o ile dotyczy):***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Części zamówienia, której wykonanie Wykonawca powierzy podwykonawcom** | **Nazwa firmy** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

8.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.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  |  |

9.NRKRS\*\*...............................................................................................

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ........................................., | ............................ | ......................................................... |
| Miejscowość | Data | Podpis i pieczęć Wykonawcy |

\*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).

\*\*W przypadku wskazania przez Wykonawcę w/w dokumentu, w formie elektronicznej pod określonymi adresami internetowymi ogólnodostępnych i bezpłatnych baz danych, Zamawiający pobiera samodzielnie z tych baz danych wskazany przez Wykonawcę w/w dokument –dotyczy również Wykonawców zarejestrowanych w CEIDG

**FORMULARZ OFERTY NA USŁUGĘ UBEZPIECZENIA**

**REGIONALNEGO CENTRUM KRWIODAWSTWA I KRWIOLECZNICTWA W SZCZECINIE**

**SIWZ NR 18/P/2019**

**PAKIET XIX**

1. Nazwa i adres Wykonawcy (ubezpieczyciela):

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

1. Dane kontaktowe wykonawcy (ubezpieczyciela): osoba kontaktowa, nr telefonu, adres email :

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

1. Cena ostateczna oferty (słownie) w całym okresie ubezpieczenia

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa ryzyka** | **Wysokość składki w pierwszym okresie polisowania** | **Wysokość składki w drugim okresie polisowania** | **Wysokość składki w trzecim okresie polisowania** |
| 1 | Obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą |  |  |  |
|  | **RAZEM** |  | | |

4.Sumy gwarancyjne, sumy ubezpieczenia, limity, udziały własne i franszyzy zgodnie z SIWZ

**KLAUZULE ROZSZERZAJĄCE ZAKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ**

| **Nazwa klauzuli** | **Liczba pkt przypisana klauzuli** | **Przyjęta TAK/NIE** |
| --- | --- | --- |
| 1. Klauzula stempla bankowego | Obligatoryjna |  |
| 1. Klauzula obiegu dokumentów | Obligatoryjna |  |
| 1. Klauzula likwidatora szkód | 20 |  |

5.Wykonawca oświadcza, że zapoznał się z warunkami przetargu, uzyskał wszystkie informacje niezbędne do oszacowania ryzyka, przygotowania oferty i właściwego wykonania zamówienia oraz, że nie wnosi żadnych zastrzeżeń do Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia wraz z wszystkimi załącznikami. Wykonawca oświadcza również, że zapoznał się z zapisami Umowy Generalnej i w pełni akceptuje jej treść.

6.Wykonawca oświadcza, że jest związany niniejszą ofertą przez okres 60 dni od upływu terminu składania ofert.

7.Następujące części zamówienia zostaną powierzone podwykonawcom:

***(Wykonawca wypełnia – o ile dotyczy):***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Części zamówienia, której wykonanie Wykonawca powierzy podwykonawcom** | **Nazwa firmy** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

8.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.

9.NRKRS\*\*...............................................................................................

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ........................................., | ............................ | ......................................................... |
| Miejscowość | Data | Podpis i pieczęć Wykonawcy |

\*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).

\*\*W przypadku wskazania przez Wykonawcę w/w dokumentu, w formie elektronicznej pod określonymi adresami internetowymi ogólnodostępnych i bezpłatnych baz danych, Zamawiający pobiera samodzielnie z tych baz danych wskazany przez Wykonawcę w/w dokument –dotyczy również Wykonawców zarejestrowanych w CEIDG