**FORMULARZ OFERTY NA USŁUGĘ UBEZPIECZENIA**

**REGIONALNEGO CENTRUM** **KRWIODAWSTWA**

**I KRWIOLECZNICTWA**

**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 (cyfrowo i słownie ) w całym okresie ubezpieczenia dla wszystkich wskazanych w formularzu RCKIK:

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa ryzyka** | **Wysokość składki w pierwszym okresie polisowania** | **Wysokość składki w drugim okresie polisowania** | **Wysokość składki w trzecim okresie polisowania** |
| **1.Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Bydgoszczy** | | | | |
| 1 | Obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą |  |  |  |
| 2 | Dobrowolne ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej z tytułu prowadzonej działalności i posiadanego mienia |  |  |  |
|  | **RAZEM SKŁADKA DLA RCKIK BYDGOSZCZ** |  | | |
| **2.Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Katowicach** | | | | |
| 1 | Obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą |  |  |  |
| 2 | Dobrowolne ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej z tytułu prowadzonej działalności i posiadanego mienia |  |  |  |
|  | **RAZEM SKŁADKA DLA RCKIK W KATOWICACH** |  | | |
| **3.Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Kielcach** | | | | |
| 1 | Obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą |  |  |  |
| 2 | Dobrowolne ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej z tytułu prowadzonej działalności i posiadanego mienia |  |  |  |
|  | **RAZEM SKŁADKA DLA RCKIK KIELCE** |  | | |
| **Lp.** | **Nazwa ryzyka** | **Wysokość składki w pierwszym okresie polisowania** | **Wysokość składki w drugim okresie polisowania** | **Wysokość składki w trzecim okresie polisowania** |
| **4.Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Kaliszu** | | | | |
| 1 | Obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą |  |  |  |
| 2 | Dobrowolne ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej z tytułu prowadzonej działalności i posiadanego mienia |  |  |  |
|  | **RAZEM SKŁADKA DLA RCKIK KALISZ** |  | | |
| **Lp.** | **Nazwa ryzyka** | **Wysokość składki w pierwszym okresie polisowania** | **Wysokość składki w drugim okresie polisowania** | **Wysokość składki w trzecim okresie polisowania** |
| **5.Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Krakowie** | | | | |
| 1 | Obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą |  |  |  |
| 2 | Dobrowolne ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej z tytułu prowadzonej działalności i posiadanego mienia |  |  |  |
|  | **RAZEM SKŁADKA DLA RCKIK KRAKÓW** |  | | |
| **Lp.** | **Nazwa ryzyka** | **Wysokość składki w pierwszym okresie polisowania** | **Wysokość składki w drugim okresie polisowania** | **Wysokość składki w trzecim okresie polisowania** |
| **6.Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Lublinie** | | | | |
| 1 | Obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą | NIE DOTYCZY | NIE DOTYCZY |  |
| 2 | Dobrowolne ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej z tytułu prowadzonej działalności i posiadanego mienia | NIE DOTYCZY | NIE DOTYCZY |  |
|  | **RAZEM SKŁADKA DLA RCKIK LUBLIN** |  | | |
| **7.Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Olsztynie** | | | | |
|  | | | | |
| 1 | Obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą |  |  |  |
| 2 | Dobrowolne ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej z tytułu prowadzonej działalności i posiadanego mienia |  |  |  |
|  | **RAZEM SKŁADKA DLA RCKIK OLSZTYN** |  | | |
| **8.Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Opolu** | | | | |
| 1 | Obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą |  |  |  |
| 2 | Dobrowolne ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej z tytułu prowadzonej działalności i posiadanego mienia |  |  |  |
|  | **RAZEM SKŁADKA DLA RCKIK OPOLE** |  | | |
| **9.Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Raciborzu** | | | | |
| 1 | Obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą |  |  |  |
| 2 | Dobrowolne ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej z tytułu prowadzonej działalności i posiadanego mienia |  |  |  |
|  | **RAZEM SKŁADKA DLA RCKIK RACIBÓRZ** |  | | |
| **10.Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Radomiu** | | | | |
| 1 | Obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą |  |  |  |
| 2 | Dobrowolne ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej z tytułu prowadzonej działalności i posiadanego mienia |  |  |  |
|  | **RAZEM SKŁADKA DLA RCKIK RADOM** |  | | |
| **11.Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Rzeszowie** | | | | |
| 1 | Obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą |  |  |  |
| 2 | Dobrowolne ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej z tytułu prowadzonej działalności i posiadanego mienia |  |  |  |
|  | **RAZEM SKŁADKA DLA RCKIK RZESZÓW** |  | | |
| **12.Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Słupsku** | | | | |
| 1 | Obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą |  |  |  |
| 2 | Dobrowolne ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej z tytułu prowadzonej działalności i posiadanego mienia |  |  |  |
|  | **RAZEM SKŁADKA DLA RCKIK SŁUPSK** |  | | |
| **13. Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Wałbrzychu** | | | | |
| 1 | Obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą |  |  |  |
| 2 | Dobrowolne ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej z tytułu prowadzonej działalności i posiadanego mienia |  |  |  |
|  | **RAZEM SKŁADKA DLA RCKIK WAŁBRZYCH** |  | | |
| **14. Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Warszawie** | | | | |
| 1 | Obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą |  |  |  |
| 2 | Dobrowolne ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej z tytułu prowadzonej działalności i posiadanego mienia |  |  |  |
|  | **RAZEM SKŁADKA DLA RCKIK WARSZAWA** |  | | |
| **15 Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa we Wrocławiu** | | | | |
| 1 | Obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą | NIE DOTYCZY |  |  |
| 2 | Dobrowolne ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej z tytułu prowadzonej działalności i posiadanego mienia | NIE DOTYCZY |  |  |
|  | **RAZEM SKŁADKA DLA RCKIK WROCŁAW** |  | | |
| **16. Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Zielonej Górze** | | | | |
| 1 | Obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą |  |  |  |
| 2 | Dobrowolne ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej z tytułu prowadzonej działalności i posiadanego mienia |  |  |  |
|  | **RAZEM SKŁADKA DLA RCKIK ZIELONA GÓRA** |  | | |
| **17. Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Łodzi** | | | | |
| 1 | Obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą |  |  |  |
| 2 | Dobrowolne ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej z tytułu prowadzonej działalności i posiadanego mienia |  |  |  |
|  | **RAZEM SKŁADKA DLA RCKIK ŁÓDŹ** |  | | |
| **18. Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Poznaniu** | | | | |
| 1 | Obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą |  |  |  |
| 2 | Dobrowolne ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej z tytułu prowadzonej działalności i posiadanego mienia |  |  |  |
|  | **RAZEM SKŁADKA DLA RCKIK POZNAŃ** |  | | |
| **19. Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Szczecinie** | | | | |
| 1 | Obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą | NIE DOTYCZY |  |  |
| 2 | Dobrowolne ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej z tytułu prowadzonej działalności i posiadanego mienia | NIE DOTYCZY |  |  |
|  | **RAZEM SKŁADKA DLA RCKIK SZCZECIN** |  | | |
| **20 Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Białymstoku** | | | | |
| 1 | Obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą | NIE DOTYCZY |  |  |
| 2 | Dobrowolne ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej z tytułu prowadzonej działalności i posiadanego mienia | NIE DOTYCZY |  |  |
|  | **RAZEM SKŁADKA DLA RCKIK BIAŁYSTOK** |  | | |

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.Wykonawcza oświadcza, że do oferty mają zastosowanie następujące Ogólne Warunki Ubezpieczenia:

1. Dobrowolne ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej z tytułu prowadzonej działalności i posiadanego mienia

Obowiązujące OWU:……………………………………………………………,

9.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.

10.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