**FORMULARZ OFERTY NA USŁUGĘ UBEZPIECZENIA**

**REGIONALNEGO CENTRUM KRWIODAWSTWA**

 **I KRWIOLECZNICTWA W OPOLU**

**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 (cyfrowo i 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 | Dobrowolne ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej z tytułu prowadzenia działalności medycznej  |  |  |  |
|  | **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.
3. Wykonawcza oświadcza, że do oferty mają zastosowanie następujące Ogólne Warunki Ubezpieczenia:
4. Dobrowolne ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej z tytułu prowadzonej działalności medycznej

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

8.Następujące części zamówienia zostaną powierzone podwykonawcom:

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

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

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

**FORMULARZ OFERTY NA USŁUGĘ UBEZPIECZENIA**

**REGIONALNEGO CENTRUM KRWIODAWSTWA**

**I KRWIOLECZNICTWA W KATOWICACH**

**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 (cyfrowo i 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 | Dobrowolne ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej z tytułu prowadzenia działalności medycznej  |  |  |  |
|  | **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.
3. Wykonawcza oświadcza, że do oferty mają zastosowanie następujące Ogólne Warunki Ubezpieczenia:
4. Dobrowolne ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej z tytułu prowadzonej działalności medycznej

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

8.Następujące części zamówienia zostaną powierzone podwykonawcom:

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

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

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

**FORMULARZ OFERTY NA USŁUGĘ UBEZPIECZENIA**

**REGIONALNEGO CENTRUM KRWIODAWSTWA I KRWIOLECZNICTWA WE WROCŁAWIU**

**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 (cyfrowo i 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 | Dobrowolne ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej z tytułu prowadzenia działalności medycznej  | 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.Wykonawcza oświadcza, że do oferty mają zastosowanie następujące Ogólne Warunki Ubezpieczenia:

1. Dobrowolne ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej z tytułu prowadzonej działalności medycznej

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

8.Następujące części zamówienia zostaną powierzone podwykonawcom:

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

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

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 wykreśleni

\*\*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 VII**

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

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa ryzyka**  | **Wysokość składki w pierwszym okresie polisowania**  | **Wysokość składki w drugim okresie polisowania** | **Wysokość składki w trzecim okresie polisowania** |
| 1 | Dobrowolne ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej z tytułu prowadzenia działalności medycznej  |  |  |  |
|  | **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.Wykonawcza oświadcza, że do oferty mają zastosowanie następujące Ogólne Warunki Ubezpieczenia:

1. Dobrowolne ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej z tytułu prowadzonej działalności medycznej

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

8..Następujące części zamówienia zostaną powierzone podwykonawcom:

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

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

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

**FORMULARZ OFERTY NA USŁUGĘ UBEZPIECZENIA**

**REGIONALNEGO CENTRUM KRWIODAWSTWA**

**I KRWIOLECZNICTWA W BYDGOSZCZY**

**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 (cyfrowo i 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 | Dobrowolne ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej z tytułu prowadzenia działalności medycznej  |  |  |  |
|  | **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.Wykonawcza oświadcza, że do oferty mają zastosowanie następujące Ogólne Warunki Ubezpieczenia:

1. Dobrowolne ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej z tytułu prowadzonej działalności medycznej

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

8..Następujące części zamówienia zostaną powierzone podwykonawcom:

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

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

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