pieczęć wykonawcy

**FORMULARZ OFERTY**

**20 Wojskowy Szpital**

**Uzdrowiskowo-Rehabilitacyjny SPZOZ
w Krynicy-|Zdroju**

**ul. Świdzińskiego 4**

**33-380 Krynica-Zdrój**

Nawiązując do toczącego się postępowania o udzielenie zamówienia publicznego w trybie – pozaustawowym na: „**usługę ubezpieczenia 20 Wojskowego Szpitala Uzdrowiskowo-Rehabilitacyjnego SPZOZ w Krynicy-Zdroju**” My niżej podpisani:

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

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

działając w imieniu i na rzecz:

Nazwa i adres Wykonawcy

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa Wykonawcy |  |
| Adres Wykonawcy |  |
| NIP *(jeżeli dotyczy)* |  |
| REGON *(jeżeli dotyczy)* |  |

**SKŁADAMY OFERTĘ** na wykonanie przedmiotu zamówienia:

**Łączna cena brutto oferty (suma pozycji 1–5):** ……………………………………..…… zł (słownie: ………………………………………………………………….……………………)

W tym:
1. **Obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą:**

- Nazwa ogólnych warunków ubezpieczenia: ……………………………………….

- Składka ubezpieczenia na okres obowiązywania umowy (12 m-cy)

 wartość brutto …………………

2. **Dobrowolne ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej związanej z prowadzoną**

**działalnością:**

- Nazwa ogólnych warunków ubezpieczenia: ……………………………………….

- Składka ubezpieczenia na okres obowiązywania umowy (12 m-cy)

 wartość brutto …………………

3. **Ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej personelu wykonującego zawód medyczny:**

- Nazwa ogólnych warunków ubezpieczenia: ……………………………………….

- Składka ubezpieczenia na okres obowiązywania umowy (12 m-cy)

 wartość brutto …………………

4. **Ubezpieczenie mienia od wszystkich ryzyk:**

- Nazwa ogólnych warunków ubezpieczenia: ……………………………………….

- Składka ubezpieczenia na okres obowiązywania umowy (12 m-cy)

 wartość brutto …………………

**5. Ubezpieczenie od wszelkich zdarzeń i ryzyk na terenie zarządzanym/będącym w posiadaniu Zamawiającego:**

- Nazwa ogólnych warunków ubezpieczenia: ……………………………………….

- Składka ubezpieczenia na okres obowiązywania umowy (12 m-cy)

wartość brutto …………………

Dodatkową informację i specyfikację w zakresie usługi ubezpieczenia – stanowi załącznik do zapytania ofertowego.

 **OŚWIADCZAMY**, że:

1. zapoznaliśmy się z zaproszeniem do składania ofert (w tym z istotnymi postanowieniami umowy) oraz zdobyliśmy wszelkie informacje konieczne do przygotowania oferty i przyjmujemy warunki określone w zaproszeniu do składania ofert;
2. uważamy się za związanych ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert;
3. w razie wybrania przez zamawiającego naszej oferty zobowiązujemy się do podpisania umowy na warunkach zawartych w zaproszeniu do składania ofert oraz w miejscu
i terminie określonym przez zamawiającego.
4. posiadamy uprawnienia do prowadzenia działalności ubezpieczeniowej na terenie Rzeczypospolitej Polskiej w zakresie objętym zamówieniem.

**WSZELKĄ KORESPONDENCJĘ** w sprawie niniejszego postępowania należy kierować do:

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko |  |
| Adres |  |
| Telefon |  |
| Adres e-mail |  |

Załącznikami do niniejszej oferty są:

1. **Klauzula RODO**
2. **Oświadczenie Wykonawcy**
3. **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
4. **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
5. **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Miejscowość, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

 *podpis uprawnionego przedstawiciela wykonawcy*