#### Załącznik Nr 2

**FORMULARZ OFERTOWY**

Nazwa firmy ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Z siedzibą

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

NIP ………………………………………………….

REGON……………………………………………..

TEL. …………………………………………………

FAX.…………………………………………………

E-MAIL: …………………………………………….

Składając ofertę na Kompleksowe Ubezpieczenie SP ZOZ MSWiA w Łodzi, zgodnie z SIWZ z dnia ………………….., niniejszym oświadczamy, że:

1. Przedmiot zamówienia jest zgodny z SIWZ i zostanie zrealizowany w terminie, o którym mowa w  SIWZ i Istotnych Warunkach Umowy.
2. Oświadczamy, iż zapoznaliśmy się z treścią SIWZ i nie wnosimy do niego zastrzeżeń, oraz otrzymaliśmy wszelkie niezbędne informacje do przygotowania oferty.
3. Oświadczamy, iż zapoznaliśmy się z istotnymi postanowieniami umowy i nie wnosimy do nich zastrzeżeń,
4. **Oferujemy realizację zamówienia dla zadania (wykonawca stawia znak “X” w kratce po prawej stronie Części zamówienia objętego ofertą):**

|  |  |
| --- | --- |
| **Część I**  1. Obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą za szkody będące następstwem udzielenia świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielenia świadczeń zdrowotnych  2. Dobrowolne ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej podmiotów leczniczych |  |
| **Część II**  Dobrowolne ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej w związku  z prowadzoną działalnością pozamedyczną i posiadanym mieniem |  |
| **Część nr III**  Ubezpieczenie mienia od wszystkich ryzyk |  |

**OFEROWANE CENY I WARUNKI UBEZPIECZENIA**

**(W PRZYPADKU, GDY WYKONAWCA NIE SKŁADA OFERTY NA DANE ZADANIE, WPISUJE „NIE DOTYCZY”):**

**Część I**

1. **Obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą za szkody będące następstwem udzielenia świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego   
   z prawem zaniechania udzielenia świadczeń zdrowotnych**
2. **Dobrowolne ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej podmiotów leczniczych**

Realizację Części I zamówienia za okres od 1 lipca 2018 r. do 30 czerwca 2020 r. oferujemy za łączną cenę:……………..........................PLN (słownie: ……………………………………………..……….).

Składki ubezpieczeniowe mające zastosowanie dla poszczególnych rodzajów ubezpieczeń:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa przedmiotu zamówienia** | **Suma gwarancyjna** | **Składka roczna w zł** | **Składka za okres obowiązywania umowy, tj.  od 1 lipca 2018 r. do 30 czerwca 2020 r.** |
| **1** | Obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą za szkody będące następstwem udzielenia świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielenia świadczeń zdrowotnych; | Równowartość w złotych kwoty  100 000 euro na jedno zdarzenie i  500 000 euro na wszystkie zdarzenia objęte zakresem ubezpieczenia |  |  |
| **2** | Dobrowolne ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej podmiotów leczniczych | Zgodna z ofertą wykonawcy |  |  |
|  | **RAZEM (składka za okres wskazane w SIWZ)** |  |  |  |

**FAKULTATYWNE WARUNKI UBEZPIECZENIA**

|  |  |
| --- | --- |
| **Kryterium Warunki Ubezpieczenia „W”** | **Akceptacja wykonawcy**  **TAK / NIE\*** |
| W1 - Zmiana sumy gwarancyjnej z wysokości 4.500.000 000 PLN na 5.000.000 PLN w **Dobrowolnym ubezpieczeniu odpowiedzialności cywilnej podmiotów leczniczych dla** *części (*10 pkt) |  |
| W2- Zmiana wysokości franszyzy redukcyjnej/udziału własnego w **Dobrowolnym ubezpieczeniu odpowiedzialności cywilnej podmiotów leczniczych dla** *części I* z 1000 zł dla szkód rzeczowych na 500 zł (10 pkt) |  |
| W3- Klauzula likwidatora szkód - Ubezpieczyciel wyznaczy dedykowanego likwidatora do obsługi szkód i roszczeń Ubezpieczonego, poprzez wskazanie imiennie osoby - likwidatora wraz ze wskazaniem jego danych kontaktowych: numer telefonu, numer faxu i email, na które Ubezpieczony będzie zgłaszał szkody. Ubezpieczony nie będzie zgłaszał szkód za pośrednictwem infolinii i ogólnego adresu email przeznaczonego do likwidacji szkód. O każdej zmianie likwidatora Ubezpieczyciel niezwłocznie poinformuje pisemnie Ubezpieczonego oraz reprezentującego go brokera. (20 pkt) |  |

**\*** *w przypadku akceptacji przez Wykonawcę fakultatywnych warunków ubezpieczenia wpisuje w kolumnie obok opisu zmienionych warunków TAK; w przypadku braku akceptacji – wpisuje NIE; pozostawienie kolumny obok opisu fakultatywnych warunków ubezpieczenia pustej będzie oznaczało, że wykonawca NIE akceptuje fakultatywnych warunków ubezpieczenia*

**Część II**

**Dobrowolne ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej w związku z prowadzoną działalnością pozamedyczną i posiadanym mieniem**

Realizację Części II zamówienia za okres od 1 lipca 2018 r. do 30 czerwca 2020 r. oferujemy za cenę: ………................................PLN (słownie: ………………………………………………………).

Składki ubezpieczeniowe mające zastosowanie dla poszczególnych rodzajów ubezpieczeń:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa przedmiotu zamówienia** | **Suma gwarancyjna** | **Składka roczna w zł** | **Składka za okres obowiązywania umowy tj.  od 1 lipca 2018 r. do 30 czerwca 2020 r.** |
|  | Dobrowolne ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej w związku z prowadzoną działalnością pozamedyczną i posiadanym mieniem | Zgodna z ofertą wykonawcy |  |  |

**FAKULTATYWNE WARUNKI UBEZPIECZENIA**

|  |  |
| --- | --- |
| **Kryterium Warunki Ubezpieczenia „W”** | **Akceptacja wykonawcy**  **TAK/NIE\*** |
| W1- Zmiana sumy gwarancyjnej z 500.000 PLN na 1.000.000 PLN  w Dobrowolnym ubezpieczeniu odpowiedzialności cywilnej w związku  z prowadzoną działalnością pozamedyczną i posiadanym mieniem (10 pkt.) |  |
| W2 - Zmiana limitu za szkody wynikłe z zatruć pokarmowych z 200.000,00 zł na 500.000,00 zł (5 pkt.) |  |
| W3 – Klauzula likwidatora szkód (20 pkt) |  |
| W4 - Zmiana terminu zgłaszania wypadku ubezpieczeniowego z 14 dni na 21 dni w Klauzuli zgłaszania wypadku ubezpieczeniowego w Opisie przedmiotu zamówienia dla zadania II (5 pkt.) |  |

***\**** *w przypadku akceptacji przez Wykonawcę fakultatywnych warunków ubezpieczenia wpisuje   
w kolumnie obok opisu zmienionych warunków TAK; w przypadku braku akceptacji – wpisuje NIE; pozostawienie kolumny obok opisu fakultatywnych warunków ubezpieczenia pustej będzie oznaczało, że wykonawca NIE akceptuje fakultatywnych warunków ubezpieczenia*

**Część III**

**Ubezpieczenie mienia od wszystkich ryzyk**

Realizację Części III zamówienia za okres od 1 lipca 2018 r. do 30 czerwca 2020 r. oferujemy za cenę: ……….............………….... PLN (słownie: …………..……………….…).

Składki i stawki ubezpieczeniowe mające zastosowanie dla poszczególnych rodzajów ubezpieczeń:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa przedmiotu zamówienia** | **Suma ubezpieczenia  (w PLN)** | **Składka roczna  (w PLN)** | **Składka za okres obowiązywania umowy tj.  od 1 lipca 2018 r. do 30 czerwca 2020 r.** | **Stawka dla poszczególnych składników majątku (w %)** |
| **1** | Grupa 1 KŚT (budynki i budowle) | 62.805.514,57 |  |  |  |
| **2** | Grupa 2 KŚT (obiekty inżynierii lądowej i wodnej) | 574.260,03 |  |  |  |
| **3** | Grupa 3 KŚT (kotły i maszyny energetyczne) | 594.140,00 |  |  |  |
| **4** | Grupa 4 KŚT (maszyny, urządzenia i aparaty ogólnego zastosowania, sprzęt elektroniczny) | 3.589.449,87 |  |  |  |
| **5** | Grupa 5 KŚT (maszyny, urządzenia i aparaty specjalistyczne) | 184.531,10 |  |  |  |
| **6** | Grupa 6 KŚT (urządzenia techniczne) | 731.061,28 |  |  |  |
| **7** | Grupa 8 KŚT (narzędzia, przyrządy, ruchomości i wyposażenie, gdzie indziej niesklasyfikowane, elektroniczny sprzęt medyczny, pozostały sprzęt elektroniczny) | 36.918.597,48 ( w tym 35.797.333,13 sprzęt medyczny) |  |  |  |
| **8** | Środki trwałe w budowie – sprzęt medyczny  (od dnia 01.05.2018 r. jako Grupa 8 KŚT) | 4.012.452,80 |  |  |  |
| **9** | Środki powierzone, mienie osób trzecich | 1.500.000,00 |  |  |  |
| **10** | Środki obrotowe (leki, magazyn gospodarczy, techniczny, hemodynamiki, naczyniowy, okulistyki, laboratoryjny) | 1.500.000,00 |  |  |  |
| **10** | Mienie niskocenne | 2.000.000,00 |  |  |  |
| **11** | Nakłady adaptacyjne | 4.000.000,00 |  |  |  |
| **12** | Mienie pracownicze, mienie pacjentów | 250.000,00 |  |  |  |
| **13** | Wartości pieniężne (również poza schowkami ogniotrwałymi) | 30.000,00 |  |  |  |
| **14** | Szyby i inne przedmioty szklane | 50.000,00 |  |  |  |
| **15** | Maszyny elektryczne od szkód elektrycznych | 1.000.000,00 |  |  |  |
| **16** | Maszyny i urządzenia, sprzęt elektroniczny medyczny i niemedyczny od awarii (MB) | 1.000.000,00 |  |  |  |
|  | **RAZEM** |  |  |  |  |

**Fakultatywne warunki ubezpieczenia**

|  |  |
| --- | --- |
| **Kryterium Warunki Ubezpieczenia „W”** | **Akceptacja wykonawcy**  **TAK/NIE\*** |
| W1 - Zmiana wysokości franszyzy redukcyjnej z 1.000 PLN na 500 PLN w ubezpieczeniu mienia od wszystkich ryzyk (10 pkt) |  |
| W2 - Zmiana okresu pozostawienia miejsca szkody bez zmian do czasu przybycia przedstawiciela ubezpieczyciela z 2 (dwóch) dni na 1 (jeden) dzień (5 pkt.) |  |
| W3 - Zmiana limitu dla klauzuli zwiększonych kosztów działalności  z 500 000 zł na 1 000 000 zł (10 pkt.) |  |
| W4 - Wprowadzenie Klauzuli likwidatora szkód (10 pkt.) |  |
| W5 - Zmiana okresu rozpoczęcia likwidacji szkody z 2 (dwóch) na 1 (jeden) dzień w klauzuli szybkiej likwidacji dla sprzętu elektronicznego w ubezpieczeniu sprzętu elektronicznego od wszystkich ryzyk (5 pkt) |  |

***\**** *w przypadku akceptacji przez Wykonawcę fakultatywnych warunków ubezpieczenia wpisuje w kolumnie obok opisu zmienionych warunków TAK; w przypadku braku akceptacji – wpisuje NIE; pozostawienie kolumny obok opisu fakultatywnych warunków ubezpieczenia pustej będzie oznaczało, że wykonawca NIE akceptuje fakultatywnych warunków ubezpieczenia*

1. Oświadczamy, że akceptujemy w całości wszystkie warunki zawarte w SIWZ. Oświadczamy, że w zaproponowanej cenie zostały uwzględnione wszystkie koszty niezbędne do poniesienia dla prawidłowej realizacji zamówienia.
2. Akceptujemy warunki płatności wskazane w Istotnych Postanowieniach Umowy.
3. Akceptujemy wskazany czas związania ofertą – **60** **dni.** Termin ten rozpoczyna się wraz z upływem terminu składania ofert.
4. Oświadczamy, że akceptujemy bez zastrzeżeń Istotne Postanowienia Umowy stanowiące odpowiednio załączniki nr …., nr … , nr …., do SIWZ izobowiązujemy się, w przypadku wyboru naszej oferty, do zawarcia umowy na określonych w nich warunkach, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
5. Oświadczmy, iż złożona przez nas oferta spełnia wszystkie wymogi dotyczące przedmiotu zamówienia zawarte w SIWZ.
6. Oświadczamy, że uzyskaliśmy wszelkie informacje niezbędne do prawidłowego przygotowania i złożenia niniejszej oferty.
7. Ofertę składamy na .......... ponumerowanych stronach w sposób ciągły, wraz z załącznikami które stanowią:
8. ………………………………………………………………………………………………………….
9. ………………………………………………………………………………………………………….
10. ………………………………………………………………………………………………………….
11. …………………………………………………………………………………………………………..
12. Wszelką korespondencję związaną z niniejszym postępowaniem należy kierować do:

Imię i nazwisko ……………………………………

Adres: ………………………………………………

Telefon: ………………………. Fax………………. E-mail ………………………

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

*Podpis osoby(osób) uprawnionej(ych)*

*do reprezentowania wykonawcy*

*Informacja dla wykonawcy:*

*Formularz oferty musi być podpisany przez osobę lub osoby uprawnione do reprezentowania firmy   
i przedłożony wraz z dokumentem (-ami) potwierdzającymi prawo do reprezentacji wykonawcy przez osobę podpisującą ofertę*

..............................................., dn. .........................