

FORMULARZ OFERTY

Oznaczenie Wykonawcy – pełne nazwy wykonawcy/ów składających ofertę

--

ZAMAWIAJĄCY:

**Powiatowe Centrum Medyczne Sp. z o.o.
NZOZ Szpital Powiatowy w Wieruszowie**

Działając w imieniu wymienionego/yh powyżej Wykonawcy/ów oferujemy realizację na rzecz Zamawiającego zamówienia publicznego pn. Ubezpieczenie mienia oraz odpowiedzialności cywilnej Powiatowego Centrum Medycznego Sp. z o.o NZOZ Szpital Powiatowy w Wieruszowie na okres od 01.09.2011 r. do 31.08.2012 r. proponując składkę ubezpieczeniową ustaloną zgodnie z wymogami opracowanej przez Zamawiającego Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia (dalej SIWZ) i określoną w części szczegółowej Formularza Oferty.

W przypadku wybrania naszej oferty umowy ubezpieczenia zostaną zawarte na warunkach określonych w Załączniku nr 1 do SIWZ – Opis Przedmiotu Zamówienia. W pozostałych kwestiach proponujemy, aby miały zastosowanie Ogólne (Szczególne) Warunki Ubezpieczenia załączone do oferty. Jeżeli załączone Ogólne (Szczególne) Warunki Ubezpieczenia odbiegają od warunków ubezpieczenia określonych w SIWZ lub są z nimi sprzeczne, za wiążące uznajemy warunki określone w SIWZ w zakresie w jakim nie ograniczają ochrony ubezpieczeniowej w stosunku do tych warunków. Jednocześnie zobowiązujemy się uwzględnić w zawartych umowach postanowienia klauzul dodatkowych wymaganych w SIWZ dla poszczególnych ubezpieczeń.

Uważamy się za związanych złożoną ofertą przez 30 dni od momentu upływu terminu do składania ofert.

.....
(data, podpisy i pieczętki uprawnionych reprezentantów lub umocowanych przedstawicieli Wykonawcy)

UWAGA: osoba podpisująca ofertę powinna parafować wszystkie strony formularza

FORMULARZ OFERTY

CZĘŚĆ A - WYKONAWCA

Szczegółowe oznaczenie Wykonawcy/ów

Pełna nazwa Wykonawcy/ów z podaniem adresu

--

Lider konsorcjum (dotyczy Wykonawców ubiegających się wspólnie o udzielenie zamówienia)

--

Kontakt tel./fax.

--

Osoba kontaktowa ze strony Wykonawcy tel./fax., stanowisko służbowe

--

.....
(data, podpisy i pieczętki uprawnionych reprezentantów
lub umocowanych przedstawicieli Wykonawcy)

CZĘŚĆ B – ZAKRES OFERTY

W ramach niniejszego postępowania składamy ofertę ubezpieczenia na:

1. Ubezpieczenie mienia od ognia i innych zdarzeń losowych;
2. Ubezpieczenie mienia od kradzieży z włamaniem i rabunku;
3. Ubezpieczenie sprzętu elektronicznego;
4. Obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej świadczeniodawcy udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej;
5. Dobrowolne ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej zakładu opieki zdrowotnej.

CZĘŚĆ C – TERMIN REALIZACJI ZAMÓWIENIA:

Termin realizacji zamówienia wynosi 12 miesięcy: od 01.09.2011 do 31.08.2012

CZĘŚĆ D- TERMINY PŁATNOŚCI SKŁADKI:

Składka płatna będzie w 4 ratach.

CZĘŚĆ E – CENA ZA REALIZACJĘ ZAMÓWIENIA:

Łączna cena realizacji zamówienia w całym okresie ubezpieczenia za:

1. Ubezpieczenie mienia od ognia i innych zdarzeń losowych;
2. Ubezpieczenie mienia od kradzieży z włamaniem i rabunku;
3. Ubezpieczenie sprzętu elektronicznego;
4. Obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej świadczeniodawcy udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej;
5. Dobrowolne ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej zakładu opieki zdrowotnej.

stanowi sumę kwot określonych:

- a) w pkt. 3 Załącznika nr 1 do Formularza Oferty,
- b) w pkt. 3 Załącznika nr 2 do Formularza Oferty,
- c) w pkt. 3 Załącznika nr 3 do Formularza Oferty,
- d) w pkt. 3 Załącznika nr 4 do Formularza Oferty,
- e) w pkt. 3 Załącznika nr 5 do Formularza Oferty

i wynosi:

.....zł.....gr.

słownie:

.....złotych.....groszy

CZĘŚĆ F – ZAŁĄCZNIKI DO FORMULARZA OFERTY

Załącznikami do niniejszego Formularza są:

- Załącznik nr 1 – Informacje dotyczące ubezpieczenia mienia od ognia i innych zdarzeń losowych,
Załącznik nr 2 – Informacje dotyczące ubezpieczenia mienia od kradzieży z włamaniem i rabunku,
Załącznik nr 3 – Informacje dotyczące ubezpieczenia sprzętu elektronicznego,
Załącznik nr 4 – Informacje dotyczące obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej świadczeniodawcy udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej,
Załącznik nr 5- Informacje dotyczące dobrowolnego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej zakładu opieki zdrowotnej,

Załącznik nr 6- Aktualny odpis z właściwego rejestru np. wypis z Krajowego Rejestru Sądowego, jeżeli odrębne przepisy wymagają wpisu do rejestru, wystawiony nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert;

Załącznik nr 7 – Kopia zezwolenia właściwego organu na prowadzenie działalności ubezpieczeniowej w zakresie tożsamym z przedmiotem zamówienia, lub gdy na podstawie odrębnych przepisów zezwolenie nie jest wymagane, zaświadczenie właściwego organu nadzoru, że wykonawca prowadzi działalność ubezpieczeniową w wymaganym zakresie lub oświadczenie organu uprawnionego do reprezentowania wykonawcy, że wykonawca prowadzi działalność ubezpieczeniową w wymaganym zakresie i nie jest konieczne posiadanie przez niego zezwolenia wraz z przytoczeniem podstawy prawnej;

Załącznik nr 8 – Oryginał lub poświadczona przez Notariusza za zgodność z oryginałem kopia dokumentów, z których wynika umocowanie do występowania w imieniu i na rzecz Wykonawcy;

Załącznik nr 9 – Ogólne warunki ubezpieczenia, które będą miały zastosowanie do poszczególnych ubezpieczeń;

Załącznik nr 10 i dalsze –

.....
(data, podpisy i pieczętki uprawnionych reprezentantów lub umocowanych przedstawicieli Wykonawcy)

ZAŁĄCZNIK NR 1
(do Formularza Oferty)

Informacje dotyczące ubezpieczenia mienia od ognia i innych zdarzeń losowych

1. Podstawa zawarcia ubezpieczenia (podać rodzaj warunków ubezpieczenia i datę uchwalenia/wejścia w życie):

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

2. Wartość mienia do ubezpieczenia. Składka i stawka w okresie ubezpieczenia:

Przedmiot ubezpieczenia	Suma ubezpieczenia (z VAT)	stawka	składka
I. 1) Budynki PCM Sp. z o.o	567 400,00 zł		
I. 2) Budynki dzierżawione od Starostwa Powiatowego	3 268 843,16 zł		
II. 1) Budowle PCM Sp. z o.o.	72 424,89 zł		
II. 2) Budowle dzierżawione od Starostwa Powiatowego	212 014,75 zł		
III. 1) Maszyny, urządzenia, wyposażenie PCM Sp. z o.o.	420 495,60 zł		
III. 2) Maszyny, urządzenia, wyposażenie Dzierżawione od SP	718 541,78 zł		
IV. Środki obrotowe (apteka, oddziały) .	50 000,00 zł		
V. Mienie niskocenne	200 000,00 zł		
VI. Mienie pracownicze	20 000,00 zł		
VII. Nakłady inwestycyjne	100 000,00 zł		
VIII. Gotówka	10 000,00 zł		

3. Składka za **12-miesięczny** okres ubezpieczenia wynosi:

.....zł.....gr

słownie:.....złoty.....groszy

.....

(podpisy i pieczętki uprawnionych reprezentantów
lub upoważnionych przedstawicieli Wykonawcy)

ZAŁĄCZNIK NR 2
(do Formularza Ofertowego)

Informacje dotyczące ubezpieczenia mienia od kradzieży z włamaniem i rabunku

1. Ogólne Warunki Ubezpieczenia mające zastosowanie w ubezpieczeniu (podać rodzaj warunków ubezpieczenia i datę uchwalenia/wejścia w życie)

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

2. Wartość mienia do ubezpieczenia. Składka i stawka za 12 miesięczny okres ubezpieczenia:

Przedmiot ubezpieczenia	Suma ubezpieczenia w systemie pierwszego ryzyka	Stawka	Składka za 12 miesięczny okres ubezpieczenia
Urządzenia i wyposażenie	20 000,00 zł		
Środki obrotowe	10 000,00 zł		
Gotówka - kradzież	10 000,00 zł		
Gotówka - rabunek	10 000,00 zł		
Gotówka - w transporcie	10 000,00 zł		
Mienie pracownicze	10 000,00 zł		
Limit na kradzież zwykłą	10 000,00 zł		
		Razem	

3. Składka za **12-miesięczny** okres ubezpieczenia wynosi:

.....zł.....gr

słownie:..... złotych..... groszy

.....

(podpisy i pieczętki uprawnionych reprezentantów
lub upoważnionych przedstawicieli Wykonawcy)

ZAŁĄCZNIK NR 3
(do Formularza Ofertowego)

Informacje dotyczące ubezpieczenia sprzętu elektronicznego.

1. Ogólne Warunki Ubezpieczenia mające zastosowanie w ubezpieczeniu (podać rodzaj warunków ubezpieczenia i datę uchwalenia/wejścia w życie)

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

2. Przedmiot ubezpieczenia. Stawka. Składka:

Przedmiot ubezpieczenia	Suma ubezpieczenia (z VAT)	stawka	składka
Sprzęt medyczny – PCM Sp. z o.o.– wg wykazu ŚT	1 400 079,61 zł		
Sprzęt medyczny – PCM Sp. z o.o.– wg wyk. niskocennych ŚT	53 685,47 zł		
Sprzęt elektroniczny niemedyczny – PCM Sp. z o.o. – wg ŚT	75 753,69 zł		
Sprzęt elektroniczny niemedyczny-PCM Sp. z o.o.– wg niskocennych ŚT	57 134,69 zł		
Sprzęt medyczny-przenośny – PCM Sp. z o.o.– wg wykazu ŚT – WYPOSAŻENIE KARETKI nr rej. EWE99FR	153 962,30 zł		
Sprzęt medyczny – dzierżawiony od Starostwa– wg wykazu ST Starostwa	461 435,25 zł		
Defibrylator – SE używany z Województwa Łódzkiego– wg wykazu ST Starostwa	8 688,84 zł		
Limit dla pozostałego sprzętu przenośnego na szkody poza lokalizacją	10 000,00 zł		
Limit dla elementów elektronicznych (w dźwigach, stanowiskach do restytucji)	10 000,00 zł		
Koszty odtworzenia danych i oprogramowania	150 000,00 zł		

3. Składka za **12-miesięczny** okres ubezpieczenia wynosi:

.....zł.....gr

słownie:.....złoty.....groszy

.....

(podpisy i pieczętki uprawnionych reprezentantów
lub pełnomocnych przedstawicieli Wykonawcy)

ZAŁĄCZNIK NR 4

(do Formularza Ofertowego)

Informacje dotyczące obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej świadczeniodawcy udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej

1. **Podstawa zawarcia ubezpieczenia:** Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 28.12.2007 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej świadczeniodawcy udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej. (Dz. U. nr 3 poz. 10).

2. Suma gwarancyjna do ubezpieczenia, stawka, składka:

Przedmiot ubezpieczenia, zakres ubezpieczenia, suma gwarancyjna	Składka za 12 miesięczny okres ubezpieczenia
Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 28.12.2007 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej świadczeniodawcy udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej. (Dz. U. nr 3 poz. 10). Suma gwarancyjna: <u>minimalna zgodnie z rozporządzeniem - równowartość w złotych:</u> 46.500 euro na jedno zdarzenie 275.000 euro na wszystkie zdarzenia	

3. Składka za **12-miesięczny** okres ubezpieczenia wynosi:

.....zł.....gr

słownie:.....złoty.....groszy

.....

(podpisy i pieczętki uprawnionych reprezentantów
lub upoważnionych przedstawicieli Wykonawcy)

ZAŁĄCZNIK NR 5

(do Formularza Ofertowego)

Informacje dotyczące dobrowolnego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej zakładu opieki zdrowotnej

1. Podstawa zawarcia ubezpieczenia (podać rodzaj warunków ubezpieczenia i datę uchwalenia/wejścia w życie):

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

2. Suma gwarancyjna do ubezpieczenia, stawka, składka w okresie ubezpieczenia.

Przedmiot ubezpieczenia	Suma gwarancyjna	Składka za 12 miesięczny okres ubezpieczenia
Odpowiedzialność cywilna zakładu opieki zdrowotnej	Suma gwarancyjna w okresie ubezpieczenia wynosi: 750.000,00zł z limitem odpowiedzialności na jedno i wszystkie zdarzenia w okresie ubezpieczenia. Podlimity odpowiedzialności /sumy gwarancyjnej/ oraz zakres ubezpieczenia określone w SIWZ	

3. Składka za **12-miesięczny** okres ubezpieczenia wynosi:

.....zł.....gr

słownie:.....złoty.....groszy

.....

(podpisy i pieczętki uprawnionych reprezentantów lub upoważnionych przedstawicieli Wykonawcy)