**Załącznik Nr 1**

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

Pieczątka firmowa Wykonawcy

**O F E R T A**

Nazwa i siedziba Wykonawcy: .............................................................................................................

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

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

**Numer telefonu / faxu** ……………………………………………………………….

**Adres e-mail** ................................................................................................................

**Numer NIP i Regon** ………………………………………………………………….

Do: nazwa i siedziba Zamawiającego

Samodzielny Publiczny Specjalistyczny Szpital Zachodni im. św. Jana Pawła II, 05-800 Grodzisk Mazowiecki, ul. Daleka 11

Nawiązując do zaproszenia do wzięcia udziału w **prowadzonego w trybie przetargu nieograniczonego na usługę ubezpieczenia mienia i sprzętu elektronicznego Szpitala Zachodniego w Grodzisku Mazowieckim**,

z dnia 05.12.2019 r. opublikowanego w Biuletynie Zamówień Publicznych pod nr 632375-N-2019 oraz na stronie internetowej Zamawiającego, Nr procedury: SPSSZ/62/U/2019

1. **ZADANIE 1:**
2. **UBEZPIECZENIE MIENIA OD WSZYSTKICH RYZYK WEDŁUG NASTĘPUJĄCEGO PODZIAŁU NA POZYCJE**:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Przedmiot ubezpieczenia** | **Suma ubezpieczenia / limit (PLN)** | **Franszyza (rodzaj i wysokość)** | **Stawka (%)** | **Składka za 36 m -cy (PLN)** | |
| Budynki i budowle | 160 937 192,00 zł |  |  |  | |
| Sprzęt elektroniczny medyczny | 27 091 780,15 zł |  |  |  | |
| Sprzęt stacjonarny biurowy | 236 493,27 zł |  |  |  | |
| Środki obrotowe | 200 000,00 zł |  |  |  | |
| Sprzęt elektroniczny medyczny nie objęty w ramach polisy EEI (przyczyny zewnętrzne i wewnętrzne m.in. działanie człowieka np.: niewłaściwe użytkowanie, nieostrożność, zaniedbanie, błędną obsługę, zniszczenie przez osoby trzecie, wady produkcyjne, przyczyny eksploatacyjne) na jedno i na wszystkie zdarzenia | 50 000,00 zł |  |  |  | |
| Mienie niskocenne | 30 000,00 zł |  |  |  | |
| Mienie osób trzecich | 100 000,00 zł |  |  |  | |
| Kradzież elementów stałych budynków i budowli | 30 000,00 zł |  |  |  | |
| Mienie pracownicze | 100 000,00 zł |  |  |  | |
| Szyby | 100 000,00 zł |  |  |  | |
| Płyny i smary eksploatacyjne | 1 000 000,00 zł |  |  |  | |
| Zabezpieczenie przeciwkradzieżowe | 50 000,00 zł |  |  |  | |
| Dodatkowe koszty | 2 000 000,00 zł |  |  |  | |
| Wartości pieniężne | 10 000,00 zł |  |  |  | |
| Kradzież z włamaniem, wandalizm, rabunek (pozostałych środków trwałych, mienia niskocennego, wyposażenia, sprzętu elektronicznego, medycznego) | 500 000,00 zł |  |  |  | |
| Kradzież z włamaniem, wandalizm, rabunek (środki obrotowe) | 50 000,00 zł |  |  |  | |
| Kradzież z włamaniem , wandalizm, rabunek (mienie osobiste pracowników) | 20 000,00 zł |  |  |  | |
| Kradzież z włamaniem , wandalizm, rabunek (mienie osób trzecich) | 20 000,00 zł |  |  |  | |
| Kradzież z włamaniem wartości pieniężnych | 10 000,00 zł |  |  |  | |
| Rabunek w lokalu wartości pieniężnych | 10 000,00 zł |  |  |  | |
| Wartości pieniężne w transporcie | 10 000,00 zł |  |  |  | |
| Wandalizm (w tym graffiti) | 200 000,00 zł |  |  |  | |
| Kradzież prosta (zwykła) | 10 000,00 zł |  |  |  | |
| Strajki, rozruchy | 1 000 000,00 zł |  |  |  | |
| Terroryzm | 1 000 000,00 zł |  |  |  | |
| Przepięcia | 500 000,00 zł |  |  |  | |
| Razem: | | | | |  | |

1. **Dodatkowe dopłaty za warunki szczególne, klauzule i rozszerzenia – klauzule fakultatywne**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa klauzuli / tytuł rozszerzenia** | **Składka (PLN)** |
| 1. | Klauzula fakultatywna funduszu prewencyjnego nr 04 - tak/nie \* |  |
| 2. | Klauzula fakultatywna nr 12 - tak/nie \* |  |
| 3. | Klauzula fakultatywna nr 13 - tak/nie \* |  |
| 4. | Klauzula fakultatywna nr 14 - tak/nie \* |  |
| 5. | Klauzula fakultatywna nr 15 - tak/nie \* |  |
| 6. | Klauzula fakultatywna nr 16 - tak/nie \* |  |
| 7. | Klauzula fakultatywna nr 17 - tak/nie \* |  |

*\** ***Uwaga,*** *niepotrzebne skreślić. W przypadku braku wyraźnego skreślenia w pozycji przy Klauzuli przyjmuje się, że Wykonawca nie zaakceptował danej klauzuli.*

Wszystkie limity obowiązują dla każdego dwunastomiesięcznego okresu polisowo – rozliczeniowego.

1. Oferuję wykonanie zamówienia **w zakresie Zadania I - świadczenie usługi w zakresie: ubezpieczenie mienia od wszystkich ryzyk**, według podziału na pozycje przedstawionego w załączonych tabelach dla zadania I, w dalszej części oferty, za łączne wynagrodzenie:

Cena netto: .........................., słownie: ..................................................................................

kwota VAT: .........................., słownie: ..................................................................................

cena brutto: ..........................., słownie: ................................................................................,

1. Płatność składki ubezpieczeniowej dokonywana będzie w 6 ratach rocznie w następujących terminach:

**Okres ubezpieczenia 01.01.2020 – 31.12.2020 r.**

I rata w wysokości …………………...... płatna do ……………….…….…….

II rata w wysokości ………………..…... płatna do ………………….………..

III rata w wysokości ……………………. płatna do ……………..…..………..

IV rata w wysokości ……………………. płatna do ………………….………..

V rata w wysokości ………………………płatna do …………………………….

VI rata w wysokości ………………….…płatna do ……………………………..

**Okres ubezpieczenia 01.01.2021 – 31.12.2021 r.**

I rata w wysokości …………………...... płatna do ……………….…….…….

II rata w wysokości ………………..…... płatna do ………………….………..

III rata w wysokości ………………….… płatna do ……………..…..………..

IV rata w wysokości ……………………. płatna do ………………….………..

V rata w wysokości ………………………płatna do …………………………….

VI rata w wysokości ………………….…płatna do ……………………………..

**Okres ubezpieczenia 01.01.2022 – 31.12.2022 r.**

I rata w wysokości …………………...... płatna do ……………….…….…….

II rata w wysokości ………………..…... płatna do ………………….………...

III rata w wysokości ……………………. płatna do ……………..…..………...

IV rata w wysokości ……………………. płatna do ………………….………...

V rata w wysokości ………………………płatna do ……………………………..

VI rata w wysokości ………………….…płatna do ……………………………..

Wszystkie limity obowiązują dla każdego dwunastomiesięcznego okresu polisowo – rozliczeniowego.

1. w terminie: od 01.01.2020r. do 31 grudnia 2022r.
2. przy warunkach płatności ........ dni /wymagany termin płatności minimum 60 dni, pożądany termin płatności 90 dni / od wpływu faktury
3. **ZADANIE 2:**
4. **UBEZPIECZENIE SPRZĘTU ELEKTRONICZNEGO ORAZ APARATURY MEDYCZNEJ OD WSZYSTKICH RYZYK** **WEDŁUG NASTĘPUJĄCEGO PODZIAŁU NA POZYCJE:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Przedmiot ubezpieczenia** | **Suma ubezpieczenia / limit (PLN)** | **Franszyza (rodzaj i wysokość** | **Stawka (%)** | **Składka za 36 m-cy (PLN)** |
| Sprzęt stacjonarny medyczny | 15 262 805,43zł |  |  |  |
| Sprzęt przenośny | 15 023,38 zł |  |  |  |
| Dane, nośniki danych, oprogramowanie | 50 000,00 zł |  |  |  |
| Zwiększone koszty działalności | 50 000,00 zł |  |  |  |
| Limit na kradzież zwykłą | 10 000,00 zł |  |  |  |
| Razem: | | | |  |

1. **Dodatkowe dopłaty za warunki szczególne, klauzule i rozszerzenia – klauzule fakultatywne**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa klauzuli / tytuł rozszerzenia** | **Składka (PLN)** |
| 1. | Klauzula fakultatywna funduszu prewencyjnego nr 04 - tak/nie \* |  |
| 2. | Klauzula fakultatywna nr 12 - tak/nie \* |  |
| 3. | Klauzula fakultatywna nr 13 - tak/nie \* |  |
| 4. | Klauzula fakultatywna nr 14 - tak/nie \* |  |
| 5. | Klauzula fakultatywna nr 15 - tak/nie \* |  |

*\** ***Uwaga,*** *niepotrzebne skreślić. W przypadku braku wyraźnego skreślenia w pozycji przy Klauzuli przyjmuje się, że Wykonawca nie zaakceptował danej klauzuli.*

1. Oferuję wykonanie zamówienia **w zakresie Zadania II - ubezpieczenie sprzętu elektronicznego od wszystkich ryzyk**, według podziału na pozycje przedstawionego w załączonych tabelach dla zadania II, w dalszej części oferty, za łączne wynagrodzenie::

Cena netto: .........................., słownie: ..................................................................................

kwota VAT: .........................., słownie: ..................................................................................

cena brutto: ..........................., słownie: ...............................................................................,

1. Płatność składki ubezpieczeniowej dokonywana będzie w 6 ratach rocznie w następujących terminach:

**Okres ubezpieczenia 01.01.2020 – 31.12.2020 r.**

I rata w wysokości …………………...... płatna do ……………….…….…….

II rata w wysokości ………………..…... płatna do ………………….………..

III rata w wysokości ……………………. płatna do ……………..…..………..

IV rata w wysokości ……………………. płatna do ………………….………..

V rata w wysokości ………………………płatna do …………………………….

VI rata w wysokości ………………….…płatna do ……………………………..

**Okres ubezpieczenia 01.01.2021 – 31.12.2021 r.**

I rata w wysokości …………………...... płatna do ……………….…….…….

II rata w wysokości ………………..…... płatna do ………………….………..

III rata w wysokości ………………….… płatna do ……………..…..………..

IV rata w wysokości ……………………. płatna do ………………….………..

V rata w wysokości ………………………płatna do …………………………….

VI rata w wysokości ………………….…płatna do ……………………………..

**Okres ubezpieczenia 01.01.2022 – 31.12.2022 r.**

I rata w wysokości …………………...... płatna do ……………….…….…….

II rata w wysokości ………………..…... płatna do ………………….………...

III rata w wysokości ……………………. płatna do ……………..…..………...

IV rata w wysokości ……………………. płatna do ………………….………...

V rata w wysokości ………………………płatna do ……………………………..

VI rata w wysokości ………………….…płatna do ……………………………..

Wszystkie limity obowiązują dla każdego dwunastomiesięcznego okresu polisowo – rozliczeniowego.

1. w terminie: od 01.01.2020r. do 31 grudnia 2022r.
2. przy warunkach płatności ........ dni /wymagany termin płatności minimum 60 dni, pożądany termin płatności 90 dni / od wpływu faktury
3. Oświadczam, że uważam się za związanym(ą) niniejszą ofertą przez czas wskazany w specyfikacji istotnych warunków zamówienia.
4. Oświadczam, że zawarte w specyfikacji istotnych warunków zamówienia ogólne i szczegółowe warunki umowy akceptuję i zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej oferty do zawarcia umowy na warunkach w tej umowie i mojej ofercie określonych, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
5. Oświadczam, że oferowana usługa jest zgodna z wymaganiami specyfikacji istotnych warunków zamówienia oraz obowiązującymi przepisami.
6. Oświadczam, że usługa będzie wykonywania zgodnie z ogólnie obowiązującymi przepisami i zasadami w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy oraz ochrony środowiska.

**Wykonawca jest: małym\* / średnim\*/ dużym\* przedsiębiorstwem**

**\*** *niepotrzebne skreślić*

Imię, nazwisko i stanowisko osoby upoważnionej do podpisania umowy :

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

Imię i nazwisko osoby odpowiedzialnej za realizację zamówień :

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

1. Wykonawca informuje, że (niepotrzebne skreślić):

* wybór oferty nie będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego;
* wybór oferty będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego w odniesieniu do następujących towarów /usług:.……………………………………………

Wartość towaru /usług powodująca obowiązek podatkowy u Zamawiającego to ………… zł netto\*.

\* *dotyczy Wykonawców, których oferty będą generować obowiązek doliczania wartości podatku VAT do wartości netto oferty, tj. w przypadku:*

* *wewnątrzwspólnotowego nabycia towarów,*
* *mechanizmu odwróconego obciążenia, o którym mowa w art. 17 ust. 1 pkt. 7 i ustawy o podatku od towarów i usług,*
* *importu usług lub importu towarów, z którymi wiąże się obowiązek doliczenia przez Zamawiającego przy porównywaniu cen ofertowych podatku VAT.*

1. Załączniki do oferty:
   1. ...........................................................................................
   2. …………………………………………….............................………………
   3. …………………………………………………………….............................
   4. ............................................................................................
   5. ............................................................................................
   6. ............................................................................................
   7. ............................................................................................

………………………………………………

Podpis i pieczątka upoważnionego

przedstawiciela Wykonawcy

……………………………..……………………..

Załącznik Nr 2

**Nazwa Wykonawcy ………………………………………………………………….**

**Adres Wykonawcy …………………………………………………………………..**

**Oświadczenie Wykonawcy**

składane na podstawie art. 25a ust. 1 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r.

Prawo zamówień publicznych (dalej jako: ustawa Pzp),

**DOTYCZĄCE PRZESŁANEK WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego na: **usługa ubezpieczenia działalności leczniczej i majątkowej Szpitala Zachodniego w Grodzisku Mazowieckim**

oświadczam, co następuje:

1. **OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE WYKONAWCY:**
2. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 24 ust 1 pkt 12-23 ustawy Pzp.
3. [UWAGA: zastosować tylko wtedy, gdy Zamawiający przewidział wykluczenie Wykonawcy z postępowania na podstawie ww. przepisu]

Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 24 ust. 5 ustawy Pzp.

…………….……. *(miejscowość),* dnia …………………. r.

…………………..............………………………

*(podpis)*

Oświadczam, że zachodzą w stosunku do mnie podstawy wykluczenia z postępowania na podstawie art. …………. ustawy Pzp *(podać mającą zastosowanie podstawę wykluczenia spośród wymienionych w art. 24 ust. 1 pkt 13-14, 16-20 lub art. 24 ust. 5 ustawy Pzp).* Jednocześnie oświadczam, że w związku z ww. okolicznością, na podstawie art. 24 ust. 8 ustawy Pzp podjąłem następujące środki naprawcze: ................................

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

…………….……. *(miejscowość),* dnia …………………. r.

……………………………….................…………

*(podpis)*

1. **OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODMIOTU, NA KTÓREGO ZASOBY POWOŁUJE SIĘ WYKONAWCA:**

Oświadczam, że następujący/e podmiot/y, na którego/ych zasoby powołuję się w niniejszym postępowaniu, tj.: …………………………………………………………….……………………… *(podać pełną nazwę/firmę, adres, a także w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)* nie podlega/ją wykluczeniu z postępowania o udzielenie zamówienia.

…………….……. *(miejscowość),* dnia …………………. r.

…………………………………………

*(podpis)*

1. **OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:**

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższych oświadczeniach są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia Zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

…………….……. *(miejscowość),* dnia …………………. r.

…………………………..............………………

*(podpis)*

Załącznik nr 3

**Nazwa Wykonawcy ………………………………………………………………….**

**Adres Wykonawcy …………………………………………………………………..**

**Oświadczenie Wykonawcy**

składane na podstawie art. 25a ust. 1 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r.

Prawo zamówień publicznych (dalej jako: ustawa Pzp),

**DOTYCZĄCE SPEŁNIANIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**

## Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego: **usługa ubezpieczenia działalności leczniczej i majątkowej Szpitala Zachodniego w Grodzisku Mazowieckim**

## oświadczam, co następuje:

**1. INFORMACJA DOTYCZĄCA WYKONAWCY:**

Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez Zamawiającego w SIWZ w Rozdziale VI.

…………….……. *(miejscowość),* dnia …………………. r.

…………………………................………………

*(podpis)*

**2. INFORMACJA W ZWIĄZKU Z POLEGANIEM NA ZASOBACH INNYCH PODMIOTÓW:**

Oświadczam, że w celu wykazania spełniania warunków udziału w postępowaniu, określonych przez Zamawiającego w SIWZ w Rozdziale VI polegam na zasobach następującego/ych podmiotu/ów: …………………………………………………………………………....................................................................……..…….

..……………………………………………………………………………...……………………….................................................. w następującym zakresie: ..................................................................................................................... …………………………………………………………………….......…...........................................................................…

*(wskazać podmiot i określić odpowiedni zakres dla wskazanego podmiotu).*

…………….……. *(miejscowość),* dnia …………………. r.

……………................……………………………

*(podpis)*

**3. OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:**

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższych oświadczeniach są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia Zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

…………….……. *(miejscowość),* dnia …………………. r.

………….................………………………………

*(podpis)*

**Załącznik Nr 4**

**OŚWIADCZENIE**

**o przynależności lub braku przynależności do tej samej grupy kapitałowej w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (Dz. U. z 2015r. poz. 184, 1618 i 1634)**

Dotyczy postępowania o udzielenie zamówienia publicznego:

**usługa ubezpieczenia działalności leczniczej i majątkowej Szpitala Zachodniego w Grodzisku Mazowieckim.**

Niniejszym oświadczam, **że należę/ nie należę** (*niepotrzebne skreślić*) do tej samej grupy kapitałowej z innymi Wykonawcami, którzy złożyli odrębne oferty, oferty częściowe lub wnioski o dopuszczenie do udziału w niniejszym postępowaniu.

**Wykaz wykonawców należących do tej samej grupy kapitałowej, którzy złożyli oferty**

|  |  |
| --- | --- |
| **Lp.** | **WSKAZANIE WYKONAWCY** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

W załączeniu dowody wskazujące, że istniejące między wykonawcami należącymi do tej samej grupy kapitałowej, powiązania nie prowadzą do zachwiania uczciwej konkurencji w postępowaniu o udzielenie zamówienia.

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

(data i podpis osoby uprawnionej do reprezentacji Wykonawcy)

***UWAGA!***

***Oświadczenie należy złożyć w terminie 3 dni od zamieszczenia przez Zamawiającego na stronie internetowej, informacji z otwarcia ofert zawierającej nazwy i adresy wykonawców, którzy złożyli oferty.***