Załącznik nr 1 do SWK

Formularz oferty

dla:

Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej
Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego Nr 3 w Rybniku
44-200 Rybnik, ul. Energetyków 46

W imieniu:

Nazwa (firma) Oferenta : *albo* Imię i nazwisko Oferenta: Adres zamieszkania oferenta : (dotyczy wykonawców będących osobami fizycznymi):	....
Adres siedziby Oferenta(kod, miasto, ulica, nr):	....
Numer NIP i REGON oferenta :	.....
Numer telefonu, faksu, adres e-mail:	.....

w odpowiedzi na Zaproszenie do składania ofert w postępowaniu konkursowym na wybór brokera ubezpieczeniowego dla SPZOZ WSS nr 3 w Rybniku nr TAG/1/K/2021

oferujemy wykonanie zamówienia określonego Szczegółowych Warunkach Postępowania Konkursowego (SWK) na wybór brokera ubezpieczeniowego dla SPZOZ WSS nr 3 w Rybniku w pełni z nią zgodnego.

Oświadczamy, że:

1. Zapoznaliśmy się z zaproszeniem do składania ofert jak i ze Szczegółowymi Warunkami Postępowania Konkursowego na wybór brokera ubezpieczeniowego dla SPZOZ WSS nr 3 w Rybniku i akceptujemy je bez zastrzeżeń oraz zobowiązujemy się, w przypadku wybrania naszej ofert, do zawarcia umowy na warunkach określonych w SWK w miejscu i terminie wyznaczonym przez zamawiającego.
2. Posiadamy wszystkie informacje niezbędne do przygotowania oferty i wykonania zamówienia w określonym czasie.
3. Zamówienie zrealizujemy sami i nie przewidujemy zawarcia konsorcjum w tym zakresie.
4. Uważamy się za związanych niniejszą ofertą przez czas wskazany w szczegółowych warunkach postępowania Konkursowego.
5. Prowadzimy zarejestrowaną działalność gospodarczą - odpis / wydruk z systemu z właściwego rejestru działalności lub wydruk z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej w załączeniu.
6. Posiadamy aktualne zezwolenie na wykonywanie działalności brokerskiej w zakresie ubezpieczeń wydane przez właściwy organ nadzoru – w załączeniu.
7. Posiadamy aktualną polisę (polisy) odpowiedzialności cywilnej z tytułu prowadzenia działalności brokerskiej zgodnie z zapisami rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 18 maja 2018 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej z tytułu wykonywania działalności brokerskiej – w załączeniu wraz z potwierdzeniem zapłaty składki/bieżącej raty składki.
8. Posiadamy aktualne zaświadczenie potwierdzające, brak zaległości z opłacaniem podatków – w załączeniu.

9. Posiadamy aktualne zaświadczenie potwierdzające brak zaległości z opłacaniem składek na ubezpieczenia zdrowotne i społeczne – w załączeniu.
10. W stosunku do nas nie została ogłoszona upadłość likwidacyjna lub układowa.
11. Dysponujemy wyspecjalizowanym działem zajmującym się likwidacją szkód i uczestniczyliśmy w przeprowadzeniu …… postępowań likwidacyjnych szkód medycznych objętych odpowiedzialnością cywilną podmiotu leczniczego i …… szkód majątkowych podmiotu leczniczego, w okresie ostatnich 3 lat od daty ogłoszenia Konkursu.
12. Prowadzimy nieprzerwaną działalność brokerską na polskim rynku ubezpieczeniowym od…… oraz jesteśmy w sytuacji finansowej i ekonomicznej zapewniającej należyte wykonanie zamówienia.
13. Czas reakcji na zgłoszoną przez Zamawiającego potrzebę doubezpieczenia, objęcia ubezpieczeniem nowych ryzyk, powstałą szkodę lub roszczenie będzie niezwłoczny tj. nie dłuższy niż 24 godziny przypadające na dni robocze od zgłoszenia przez Zamawiającego.
14. Wyrażamy zgodę na przetwarzanie danych osobowych zamieszczonych w formularzu ofertowym i załącznikach przez SPZOZ WSS nr 3 w Rybniku w celu przeprowadzenia postępowania konkursowego na wybór brokera ubezpieczeniowego dla SPZOZ WSS nr 3 w Rybniku.
15. Wypełniliśmy obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE - ogólne rozporządzenie o ochronie danych – RODO (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.
16. Zapoznaliśmy się z treścią klauzuli informacyjnej zgodnie z załącznikiem nr 8 do SWK
17. Wszystkie informacje i oświadczenia zamieszczone w ofercie oraz załącznikach są kompletne i prawdziwe.
18. Wszelką korespondencję w sprawie niniejszego postępowania prosimy kierować na adres (w tym adres e-mail:) jeżeli jest inny niż w nagłówku oferty.

……

19. Informacje składające się na Ofertę, zawarte na stronach od ..... do ……. stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów ustawy o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji i jako takie nie mogą być ogólnodostępne. Jednocześnie wykazujemy, przedkładając na stronach od …… do …….. dokumenty, potwierdzające, że zastrzeżone informacje stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa.

20. Załączniki do oferty:
    - Załącznik nr 1 - Formularz ofertowy wraz z oświadczeniami wymaganymi w Postępowaniu Konkursowym.
    - Załącznik nr 2 - Wykaz podmiotów leczniczych udzielających świadczeń z zakresu lecznictwa szpitalnego i ambulatoryjnego, z którymi Oferent ma lub miał w okresie 3 ostatnich lat od daty ogłoszenia Konkursu podpisaną umowę na wykonywanie usług.
    - Załącznik nr 3- Wykaz postępowań o udzielenie zamówienia publicznego na ubezpieczenie mienia i odpowiedzialności cywilnej dla podmiotów leczniczych udzielających świadczeń medycznych o łącznej wartości przekraczającej progi unijne, zakończonych zawarciem umowy ubezpieczenia, w których uczestniczył Oferent, w okresie ostatnich 3 lat od daty ogłoszenia Konkursu.
    - Załącznik nr 4 - Wykaz szkoleń dla pracowników podmiotów leczniczych dotyczących ryzyka ubezpieczeniowego i zasad likwidacji szkód w okresie ostatnich 3 lat od daty ogłoszenia Konkursu.

- Załącznik nr 5 – Ilość osób posiadających uprawnienie do wykonywania czynności brokerskich mających doświadczenie w obsłudze brokerskiej podmiotów leczniczych.
- Załącznik nr 6 - Klauzula informacyjna.
- Załącznik nr 7 - Wzór umowy wraz z załącznikami.

Na całość oferty składa się ..... kolejno ponumerowanych stron (liczonych wraz ze stronami wszystkich złożonych załączników).

..... , dnia .....

…….....
(podpisy i pieczęcie osób upoważnionych do reprezentowania Wykonawcy)

* - niepotrzebnie skreślić