|  |
| --- |
|  |

**Załącznik nr 2 do SIWZ**

………………………………………….....

*(Pieczęć Wykonawcy / Wykonawców)*

**FORMULARZ OFERTOWY**

**I. Dane dotyczące Wykonawcy:**

1. **Firma Wykonawcy** *(należy wpisać dane Wykonawcy, który posiada uprawnienia do wykonywania działalności ubezpieczeniowej, tzn. centralę zakładu ubezpieczeń lub główny oddział w Polsce w przypadku zagranicznego zakładu ubezpieczeń):*

|  |  |
| --- | --- |
| Firma (nazwa)\*: | ................................................................................................................................................................. |
| Adres: | ................................................................................................................................................................. |
| Telefon/faks: | ................................................................................................................................................................. |
| NIP: | ................................................................................................................................................................. |
| REGON: | ................................................................................................................................................................. |
| e-mail: | ................................................................................................................................................................ |

*\*w przypadku składania oferty przez Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia należy podać nazwy (firmy) oraz dokładne adresy wszystkich Wykonawców*

1. **Jednostka Wykonawcy, która będzie brała udział w realizacji zamówienia** *(należy wpisać dane oddziału, przedstawicielstwa, innej jednostki organizacyjnej Wykonawcy lub przedsiębiorcy wykonującego czynności na rzecz Wykonawcy w formie podobnej do przedstawicielstwa- jeśli dotyczy):*

|  |  |
| --- | --- |
| Firma (nazwa): | ................................................................................................................................................................. |
| Adres: | ................................................................................................................................................................. |
| Telefon/faks: | ................................................................................................................................................................. |

1. **Osoba uprawniona przez Wykonawcę do podpisania i złożenia niniejszej oferty** *(jeśli dotyczy):*

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko: | ................................................................................................................................................................. |
| Stanowisko: | ................................................................................................................................................................. |
| Telefon/faks: | ................................................................................................................................................................. |
| e-mail: | ................................................................................................................................................................ |

**II. Dane dotyczące Zamawiającego:**

**Publiczna Szkoła Podstawowa z Oddziałami Dwujęzycznymi nr 1 im. Zofii Nałkowskiej**

**ul. Jezuicka 1, 05-230 Kobyłka**

III. Odpowiadając na ogłoszenie o przetargu nieograniczonym na:

**„Ubezpieczenie grupowe następstw nieszczęśliwych wypadków dzieci, młodzieży i personelu oraz ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej nauczycieli i dyrektora jednostek oświatowych Miasta Kobyłka”**

oferujemy wykonanie usług objętych zamówieniem, zgodnie z wymogami zawartymi w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia, za cenę łączną:

.............................. **PLN, słownie złotych:** .............................................................................

/usługa zwolniona z podatku VAT zgodnie z art. 43 ust. 1 pkt 37 ustawy z dnia 11 marca 2004 r. o podatku od towarów i usług /

wynikającą z wypełnionego formularza cenowego, zawartego poniżej.

Termin wykonania zamówienia: Zamówienie publiczne należy realizować w terminie **36 miesięcy począwszy od 01.09.2018r.**

Termin związania ofertą i warunki płatności **zgodne z postanowieniami SIWZ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| FORMULARZ CENOWY | | |
| Ubezpieczenie następstw nieszczęśliwych wypadków dzieci, młodzieży i personelu | | |
| 1 | Składka roczna za 1 osobę – Grupa nr 1 |  |
| 2 | Łączna cena – Grupa nr 1 (składka roczna za 1 osobę x 3 lata x maksymalna przewidywana liczba osób – 240 osób): |  |
| 3 | Składka roczna za 1 osobę – Grupa nr 2 |  |
| 4 | Łączna cena – Grupa nr 2 (składka roczna za 1 osobę x 3 lata x maksymalna przewidywana liczba osób – 1 654 osoby): |  |
| 5 | Składka roczna za 1 osobę – Grupa nr 3 |  |
| 6 | Łączna cena – Grupa nr 3 (składka roczna za 1 osobę x 3 lata x maksymalna przewidywana liczba osób – 300 osób): |  |
| Ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej nauczycieli | | |
| 7 | Składka za 1 osobę: |  |
| 8 | Łączna cena – (składka roczna za 1 osobę x 3 lata x maksymalna przewidywana liczba osób: 202 osoby): |  |
| Ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej dyrektora | | |
| 9 | Składka za 1 osobę: |  |
| 10 | Łączna cena – (składka roczna za 1 osobę x 3 lata x maksymalna przewidywana liczba osób: 6 osób): |  |
| Łączna cena oferty – ubezpieczenie NNW, ubezpieczenie OC nauczycieli oraz ubezpieczenia OC dyrektora (2+4+6+8+10) | |  |

**-** akceptujemy następujące klauzule dodatkowe i inne postanowienia szczególne fakultatywne

|  |  |
| --- | --- |
| **Klauzule dodatkowe i inne postanowienia szczególne fakultatywne** | **Akceptacja** |
| Klauzula dodatkowa świadczenia z tytułu zatrucia gazami, substancjami i produktami chemicznymi, porażenia prądem, piorunem |  |
| Klauzula dodatkowa świadczenia z tytułu urazów ciała które wymagały interwencji lekarskiej |  |
| Klauzula dodatkowa zwrotu kosztów przeszkolenia zawodowego osoby niepełnosprawnej |  |
| Klauzula dodatkowa świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego |  |
| Klauzula dodatkowa świadczenia z tytułu czasowej niezdolności Ubezpieczonego do nauki |  |
| Klauzula dodatkowa operacji chirurgicznych w następstwie nieszczęśliwego wypadku |  |
| Klauzula dodatkowa rozszerzenia przedmiotu ubezpieczenia |  |
| Klauzula dodatkowa świadczenia z tytułu zachorowania Ubezpieczonego na sepsę |  |
| Klauzula dodatkowa świadczenia z tytułu śmierci opiekuna prawnego |  |
| Klauzula dodatkowa zniżki dla rodzeństwa |  |
| Klauzula dodatkowa świadczenia z tytułu śmierci ubezpieczonego w następstwie wypadku na terenie placówki oświatowej |  |

*W kolumnie „Akceptacja” w wierszu dotyczącym akceptowanej klauzuli lub postanowienia szczególnego proszę wpisać słowo „Tak” w przypadku przyjęcia danej klauzuli lub postanowienia szczególnego oraz słowo „Nie” w przypadku nie przyjęcia. Brak słowa „Tak” lub „Nie” uznany zostanie jako niezaakceptowanie danej klauzuli lub postanowienia szczególnego. W przypadku przyjęcia danej klauzuli lub postanowienia szczególnego, lecz w innej wersji niż podana w niniejszej specyfikacji, Zamawiający nie przyzna punktów dodatkowych.*

**-** oferujemy następujące wysokości sum ubezpieczenia w zakresie ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków:

|  |  |
| --- | --- |
| **Minimalna wymagana wysokość sumy ubezpieczenia** | **Oferowana wysokość sumy ubezpieczenia** |
| **Grupa nr 1** | |
| **13 000,00 zł** |  |
| **Grupa nr 2** | |
| **17 000,00 zł** |  |
| **Grupa nr 3** | |
| **21 000,00 zł** |  |

*Uwaga: W kolumnie „Oferowana wysokość sumy ubezpieczenia” w wierszu dotyczącym danej Grupy należy wpisać wartość proponowanej sumy ubezpieczenia. Brak wpisanej wartości sumy ubezpieczenia oznacza zaakceptowanie wartości minimalnej. Wpisanie wartości niższej niż wymagana minimalna wysokość sumy ubezpieczenia w danej pozycji będzie oznaczało niezaakceptowanie warunku obligatoryjnego, a tym samych oferta będzie podlegała odrzuceniu.*

*ubezpieczenia w danej pozycji będzie oznaczało niezaakceptowanie warunku obligatoryjnego, a tym samych oferta będzie podlegała odrzuceniu.*

………………………………………………………………

*(podpis(y) osób uprawnionych do reprezentowania Wykonawcy zgodnie z dokumentami rejestrowymi lub wskazanych w pełnomocnictwie)*

………………………., dnia ………………………………..…..

*(miejscowość i data)*

**IV. Oświadczamy, że:**

1. zapoznaliśmy się ze Specyfikacją Istotnych Warunków Zamówienia i nie wnosimy do niej zastrzeżeń,
2. zdobyliśmy konieczne informacje dotyczące realizacji zamówienia oraz przygotowania i złożenia oferty,
3. uważamy się związani niniejszą ofertą przez okres wskazany przez Zamawiającego w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia,
4. wybór niniejszej oferty ***(\*niewłaściwe skreślić*)**

- nie będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego;\*

- będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego w następującym zakresie:\* ……………………………………………………………………………………………………

*(Wykonawca, składając ofertę, zobowiązany jest poinformować Zamawiającego, czy wybór oferty będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług, wskazując nazwę (rodzaj) usługi, której świadczenie będzie prowadzić do jego powstania oraz wskazując jej wartość bez kwoty podatku. Brak wymaganych skreśleń w oświadczeniu wyżej oznacza, że złożona oferta nie będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego* )

1. przedstawione w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia warunki zawarcia umowy oraz wzór umowy zostały przez nas zaakceptowane i wyrażamy gotowość realizacji zamówienia zgodnie z SIWZ i umową,
2. wyrażamy zgodę na przyjęcie wszystkich warunków wymaganych przez Zamawiającego dla poszczególnych ryzyk ubezpieczeniowych wymienionych w specyfikacji,
3. zamierzamy\*/ nie zamierzamy\* powierzyć podwykonawcom usług, objętych przedmiotem zamówienia;

*\* niepotrzebne skreślić*

zamierzamy powierzyć wymienionym poniżej podwykonawcom następujący zakres usług, objętych przedmiotem zamówienia (wypełniają Wykonawcy, którzy deklarują taki zamiar):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Powierzany podwykonawcom zakres usług ubezpieczeniowych** | **Podwykonawca (firma)** |
|  |  |  |

1. osoby wykonujące czynności administracyjne związane z wystawianiem umów ubezpieczenia oraz rozliczaniem płatności będą wykonywali pracownicy zatrudnieni na podstawie umowy o pracę

**V.** Oświadczam, że wypełniłem 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) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) wobec osób fizycznych,   
od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się   
o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.\*

*\* W przypadku gdy wykonawca nie przekazuje danych osobowych innych niż bezpośrednio jego dotyczących lub zachodzi wyłączenie stosowania obowiązku informacyjnego, stosownie do art. 13 ust. 4 lub art. 14 ust. 5 RODO treści oświadczenia wykonawca nie składa (usunięcie treści oświadczenia np. przez jego wykreślenie).*

**VI.** Oświadczam, że zapoznałem się z klauzulą informacyjną z art. 13 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) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016), przedstawioną przez zamawiającego w załączniku nr 3a   
do specyfikacji istotnych warunków zamówienia, w celu związanym z niniejszym postępowaniem o udzielenie zamówienia publicznego.

**VII. Oświadczamy, że** *(dotyczy wyłącznie Wykonawcy – towarzystwa ubezpieczeń wzajemnych)*

1. statut reprezentowanego przez nas Wykonawcy – towarzystwa ubezpieczeń wzajemnych przewiduje, że towarzystwo ubezpiecza także osoby niebędące członkami towarzystwa;
2. w przypadku wyboru oferty reprezentowanego przez nas Wykonawcy – towarzystwa ubezpieczeń wzajemnych, towarzystwo udzieli ochrony ubezpieczeniowej Zamawiającemu, jako osobie niebędącej członkiem towarzystwa;
3. zgodnie z art. 111 ust. 2 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej Zamawiający nie będzie zobowiązany do pokrywania strat towarzystwa przez wnoszenie dodatkowej składki ubezpieczeniowej.

**VIII. W sprawach nieuregulowanych w SIWZ i w ofercie mają zastosowanie następujące Ogólne Warunki Ubezpieczenia i szczególne warunki ubezpieczenia:** *(należy wpisać wszystkie ogólne i szczególne warunki z datami zatwierdzenia przez Zarząd Wykonawcy i wszystkie aneksy do tych warunków obowiązujące na dzień składania oferty)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wyszczególnienie wszystkich obowiązujących ogólnych i szczególnych warunków ubezpieczenia oraz aneksów do tych warunków, mających zastosowanie do niniejszego zamówienia** | **Data zatwierdzenia przez Zarząd Wykonawcy** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**IX. Sposób reprezentowania Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia (Pełnomocnik) na potrzeby niniejszego zamówienia jest następujący:**

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko: | …………………………………………………………………….. |
| Stanowisko: | …………………………………………………………………….. |
| Telefon / Faks | …………………………………………………………………….. |
| Numer NIP: | …………………………………………………………………….. |

Zakres:

1. do reprezentowania w postępowaniu\*
2. do reprezentowania w postępowaniu i zawarcia umowy\*

*\* niepotrzebne skreślić*

*(wypełniają jedynie Wykonawcy składający ofertę wspólną)*

Załącznikami do niniejszej oferty są następujące dokumenty :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wyszczególnienie** | **Nr strony** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Zastrzeżenie:

Załączniki nr ……………………………….…………………………. nie mogą być udostępnione, ponieważ zawierają informacje stanowiące tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji.

………………………………………………………………

*(podpis(y) osób uprawnionych do reprezentowania Wykonawcy zgodnie z dokumentami rejestrowymi lub wskazanych w pełnomocnictwie)*

………………………., dnia ………………………………..…..

*(miejscowość i data)*