**Załącznik nr 2 do SWZ: Formularz oferta**

**OFERTA**

1. **Dane dotyczące wykonawcy**
2. **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: ...........................................................................................................................

KRS: ...........................................................................................................................

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: ...........................................................................................................................

1. **Dane dotyczące zamawiającego:**

**Powiat Opoczyński**

**ul. Kwiatowa 1a**

**26-300 Opoczno**

NIP: 768-178-92-38

REGON: 590648439

1. Składając ofertę w postępowaniu o zamówienie publiczne, prowadzonym w trybie podstawowym na **,,Ubezpieczenie grupowe na życie pracowników, współmałżonków oraz pełnoletnich dzieci pracowników Starostwa Powiatowego w Opocznie oraz jednostek organizacyjnych Powiatu Opoczyńskiego”**

**- oferujemy wykonanie zamówienia, zgodnie z wymogami specyfikacji warunków zamówienia, za cenę:**

**........................................................................................................................ 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 (tekst jednolity Dz.U. z 2020 r., poz. 106 ze zm.)/

wynikającą z wypełnionego formularza cenowego, zawartego poniżej.

Termin wykonania zamówienia: **36 miesięcy, od 01.11.2024 r. do 31.10.2027 r.**

Termin związania ofertą i warunki płatności: **zgodne z postanowieniami specyfikacji warunków zamówienia**.

|  |  |
| --- | --- |
| FORMULARZ CENOWY | |
| 1. Składka miesięczna łącznie za 1 osobę – Grupa nr 1: |  |
| 2. Łączna cena oferty – Grupa nr 1 (składka miesięczna łącznie za 1 osobę x 36 miesięcy x maksymalna przewidywana liczba osób – 196 osób): |  |
| 3. Składka miesięczna łącznie za 1 osobę – Grupa nr 2: |  |
| 4. Łączna cena oferty – Grupa nr 2 (składka miesięczna łącznie za 1 osobę x 36 miesięcy x maksymalna przewidywana liczba osób – 120 osób): |  |
| 5. Składka miesięczna łącznie za 1 osobę – Grupa nr 3: |  |
| 6. Łączna cena oferty – Grupa nr 3 (składka miesięczna łącznie za 1 osobę x 36 miesięcy x maksymalna przewidywana liczba osób – 83 osoby): |  |
| **7. Łączna cena oferty – Grupy od nr 1 do nr 3 (suma pozycji: 2 + 4 + 6 )** |  |

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

|  |  |
| --- | --- |
| **Klauzule dodatkowe i inne postanowienia szczególne fakultatywne** | **Akceptacja** |
| Klauzula rozszerzenia definicji zawału serca |  |
| Klauzula dodatkowa świadczenia z tytułu wystąpienia choroby śmiertelnej |  |
| Klauzula rozszerzająca katalog poważnych zachorowań Ubezpieczonego |  |
| Klauzula dodatkowych pakietów rozszerzających ochronę ubezpieczeniową |  |
| Klauzula pomocy medycznej – wariant podstawowy |  |
| Klauzula pomocy medycznej – wariant rozszerzony |  |
| Klauzula dodatkowej gwarancji indywidualnej kontynuacji |  |
| Klauzula dodatkowych zniżek indywidualnych |  |

*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.*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Zakres świadczeń – Grupa nr 1** | **Wymagana**  **minimalna**  **wysokość świadczenia** | **Oferowana**  **wysokość**  **świadczenia**  **przez Wykonawcę** |
| 1 | Śmierć Ubezpieczonego | 52 000,00 zł |  |
| 2 | Śmierć Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku | 104 000,00 zł |  |
| 3 | Śmierć Ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego | 149 000,00 zł |  |
| 4 | Śmierć Ubezpieczonego w następstwie wypadku przy pracy | 149 000,00 zł |  |
| 5 | Śmierć Ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego przy pracy | 194 000,00 zł |  |
| 6 | Śmierć Ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu | 69 600,00 zł |  |
| 7 | Śmierć współmałżonka | 16 000,00 zł |  |
| 8 | Śmierć współmałżonka w następstwie nieszczęśliwego wypadku | 32 000,00 zł |  |
| 9 | Śmierć rodziców lub teściów | 2 100,00 zł |  |
| 10 | Śmierć dziecka | 3 000,00 zł |  |
| 11 | Urodzenie się dziecka | 1 760,00 zł |  |
| 12 | Urodzenie martwego dziecka | 4 000,00 zł |  |
| 13 | Osierocenie dziecka | 5 000,00 zł |  |
| 14 | Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku (za 1% uszczerbku) | 450,00 zł |  |
| 15 | Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego w zawału serca lub udaru mózgu (za 1% uszczerbku) | 400,00 zł |  |
| 16 | Trwała niezdolność Ubezpieczonego do pracy | 7 700,00 zł |  |
| 17 | Poważne zachorowanie Ubezpieczonego | 6 000,00 zł |  |
| 18 | Operacje chirurgiczne Ubezpieczonego | 3 000,00 zł |  |
| 19 | Leczenie specjalistyczne Ubezpieczonego | 4 500,00 zł |  |
| 20 | Pobyt Ubezpieczonego na OIOM | 425,00 zł |  |
| 21 | Rekonwalescencja Ubezpieczonego | 42,50 zł |  |
| 22 | Zwrot kosztów zakupu leków | 200,00 zł |  |
| **Dzienne świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu od 1 do 14 dni** | | | |
| 23 | Leczenie Ubezpieczonego w szpitalu w związku z chorobą | 85,00 zł |  |
| 24 | Leczenie Ubezpieczonego w szpitalu w związku z zawałem serca lub udarem mózgu | 170,00 zł |  |
| 25 | Leczenie Ubezpieczonego w szpitalu w związku z doznanymi obrażeniami ciała w następstwie nieszczęśliwego wypadku | 255,00 zł |  |
| 26 | Leczenie Ubezpieczonego w szpitalu w związku z doznanymi obrażeniami ciała w następstwie nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego | 340,00 zł |  |
| 27 | Leczenie Ubezpieczonego w szpitalu w związku z doznanymi obrażeniami ciała w następstwie nieszczęśliwego wypadku w pracy | 340,00 zł |  |
| 28 | Leczenie Ubezpieczonego w szpitalu w związku z doznanymi obrażeniami ciała w następstwie nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego w pracy | 425,00 zł |  |
| **Dzienne świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu powyżej 14 dni** | | | |
| 29 | Leczenie Ubezpieczonego w szpitalu w związku z chorobą | 85,00 zł |  |
| 30 | Leczenie Ubezpieczonego w szpitalu w związku z doznanymi obrażeniami ciała w następstwie nieszczęśliwego wypadku | 143,00 zł |  |

**-** oferujemy następujące wysokości świadczeń:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Zakres świadczeń – Grupa nr 2** | **Wymagana**  **minimalna**  **wysokość świadczenia** | **Oferowana**  **wysokość**  **świadczenia**  **przez Wykonawcę** |
| 1 | Śmierć Ubezpieczonego | 62 000,00 zł |  |
| 2 | Śmierć Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku | 127 000,00 zł |  |
| 3 | Śmierć Ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego | 177 000,00 zł |  |
| 4 | Śmierć Ubezpieczonego w następstwie wypadku przy pracy | 177 000,00 zł |  |
| 5 | Śmierć Ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego przy pracy | 227 000,00 zł |  |
| 6 | Śmierć Ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu | 62 000,00 zł |  |
| 7 | Śmierć współmałżonka | 12 500,00 zł |  |
| 8 | Śmierć współmałżonka w następstwie nieszczęśliwego wypadku | 22 500,00 zł |  |
| 9 | Śmierć rodziców lub teściów | 2 250,00 zł |  |
| 10 | Śmierć dziecka | 3 500,00 zł |  |
| 11 | Urodzenie się dziecka | 1 540,00 zł |  |
| 12 | Urodzenie martwego dziecka | 3 500,00 zł |  |
| 13 | Osierocenie dziecka | 4 400,00 zł |  |
| 14 | Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku (za 1% uszczerbku) | 500,00 zł |  |
| 15 | Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego w zawału serca lub udaru mózgu (za 1% uszczerbku) | 400,00 zł |  |
| 16 | Trwała niezdolność Ubezpieczonego do pracy | 9 900,00 zł |  |
| 17 | Poważne zachorowanie Ubezpieczonego | 8 000,00 zł |  |
| 18 | Operacje chirurgiczne Ubezpieczonego | 4 000,00 zł |  |
| 19 | Leczenie specjalistyczne Ubezpieczonego | 4 000,00 zł |  |
| 20 | Pobyt Ubezpieczonego na OIOM | 500,00 zł |  |
| 21 | Rekonwalescencja Ubezpieczonego | 47,50 zł |  |
| 22 | Zwrot kosztów zakupu leków | 200,00 zł |  |
| **Dzienne świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu od 1 do 14 dni** | | | |
| 23 | Leczenie Ubezpieczonego w szpitalu w związku z chorobą | 95,00 zł |  |
| 24 | Leczenie Ubezpieczonego w szpitalu w związku z zawałem serca lub udarem mózgu | 190,00 zł |  |
| 25 | Leczenie Ubezpieczonego w szpitalu w związku z doznanymi obrażeniami ciała w następstwie nieszczęśliwego wypadku | 285,00 zł |  |
| 26 | Leczenie Ubezpieczonego w szpitalu w związku z doznanymi obrażeniami ciała w następstwie nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego | 380,00 zł |  |
| 27 | Leczenie Ubezpieczonego w szpitalu w związku z doznanymi obrażeniami ciała w następstwie nieszczęśliwego wypadku w pracy | 380,00 zł |  |
| 28 | Leczenie Ubezpieczonego w szpitalu w związku z doznanymi obrażeniami ciała w następstwie nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego w pracy | 475,00 zł |  |
| **Dzienne świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu powyżej 14 dni** | | | |
| 29 | Leczenie Ubezpieczonego w szpitalu w związku z chorobą | 95,00 zł |  |
| 30 | Leczenie Ubezpieczonego w szpitalu w związku z doznanymi obrażeniami ciała w następstwie nieszczęśliwego wypadku | 176,00 zł |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Zakres świadczeń – Grupa nr 3** | **Wymagana**  **minimalna**  **wysokość świadczenia** | **Oferowana**  **wysokość**  **świadczenia**  **przez Wykonawcę** |
| 1 | Śmierć Ubezpieczonego | 72 000,00 zł |  |
| 2 | Śmierć Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku | 144 000,00 zł |  |
| 3 | Śmierć Ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego | 210 000,00 zł |  |
| 4 | Śmierć Ubezpieczonego w następstwie wypadku przy pracy | 210 000,00 zł |  |
| 5 | Śmierć Ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego przy pracy | 276 000,00 zł |  |
| 6 | Śmierć Ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu | 80 000,00 zł |  |
| 7 | Śmierć współmałżonka | 12 500,00 zł |  |
| 8 | Śmierć współmałżonka w następstwie nieszczęśliwego wypadku | 22 500,00 zł |  |
| 9 | Śmierć rodziców lub teściów | 2 250,00 zł |  |
| 10 | Śmierć dziecka | 3 500,00 zł |  |
| 11 | Urodzenie się dziecka | 200,00 zł |  |
| 12 | Urodzenie martwego dziecka | 300,00 zł |  |
| 13 | Osierocenie dziecka | 4 400,00 zł |  |
| 14 | Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku (za 1% uszczerbku) | 650,00 zł |  |
| 15 | Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego w zawału serca lub udaru mózgu (za 1% uszczerbku) | 650,00 zł |  |
| 16 | Trwała niezdolność Ubezpieczonego do pracy | 17 000,00 zł |  |
| 17 | Poważne zachorowanie Ubezpieczonego | 16 000,00 zł |  |
| 18 | Operacje chirurgiczne Ubezpieczonego | 4 000,00 zł |  |
| 19 | Leczenie specjalistyczne Ubezpieczonego | 4 500,00 zł |  |
| 20 | Pobyt Ubezpieczonego na OIOM | 550,00 zł |  |
| 21 | Rekonwalescencja Ubezpieczonego | 55,00 zł |  |
| 22 | Zwrot kosztów zakupu leków | 200,00 zł |  |
| **Dzienne świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu od 1 do 14 dni** | | | |
| 23 | Leczenie Ubezpieczonego w szpitalu w związku z chorobą | 110,00 zł |  |
| 24 | Leczenie Ubezpieczonego w szpitalu w związku z zawałem serca lub udarem mózgu | 220,00 zł |  |
| 25 | Leczenie Ubezpieczonego w szpitalu w związku z doznanymi obrażeniami ciała w następstwie nieszczęśliwego wypadku | 330,00 zł |  |
| 26 | Leczenie Ubezpieczonego w szpitalu w związku z doznanymi obrażeniami ciała w następstwie nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego | 440,00 zł |  |
| 27 | Leczenie Ubezpieczonego w szpitalu w związku z doznanymi obrażeniami ciała w następstwie nieszczęśliwego wypadku w pracy | 440,00 zł |  |
| 28 | Leczenie Ubezpieczonego w szpitalu w związku z doznanymi obrażeniami ciała w następstwie nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego w pracy | 550,00 zł |  |
| **Dzienne świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu powyżej 14 dni** | | | |
| 29 | Leczenie Ubezpieczonego w szpitalu w związku z chorobą | 110,00 zł |  |
| 30 | Leczenie Ubezpieczonego w szpitalu w związku z doznanymi obrażeniami ciała w następstwie nieszczęśliwego wypadku | 176,00 zł |  |

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

……………………………………………….………………………

*(podpis osoby/osób uprawnionej/nych*

*do reprezentowania wykonawcy/wykonawców)*

1. **Oświadczamy, że:**
2. nie partycypujemy w jakiejkolwiek innej ofercie dotyczącej tego samego postępowania, jako wykonawca,
3. zapoznaliśmy się ze specyfikacją warunków zamówienia oraz z wyjaśnieniami do specyfikacji i jej modyfikacjami (jeżeli takie miały miejsce) i nie wnosimy do nich zastrzeżeń,
4. zdobyliśmy konieczne informacje dotyczące realizacji zamówienia oraz przygotowania i złożenia oferty,
5. uważamy się związani niniejszą ofertą przez okres wskazany przez zamawiającego w specyfikacji warunków zamówienia,
6. przedstawione w specyfikacji warunków zamówienia warunki zawarcia umowy zostały przez nas zaakceptowanej wyrażamy gotowość realizacji zamówienia zgodnie z postanowie­niami specyfikacji   
   i umowy,
7. wybór niniejszej oferty:

* 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. Wyrażamy zgodę na przyjęcie wszystkich warunków wymaganych przez zamawiającego (obligatoryjnych) dla poszczególnych rodzajów ubezpieczeń i ryzyk wymienionych w specyfikacji i jej załącznikach,
2. osoby wykonujące czynności administracyjne związane z wystawianiem umów ubezpieczenia oraz rozliczaniem płatności będą wykonywali pracownicy zatrudnieni na podstawie umowy o pracę
3. **zamierzamy/ nie zamierzamy**\* powierzyć podwykonawcom następujący zakres usług, objętych przedmiotem zamówienia:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Zakres usług ubezpieczeniowych** | **Podwykonawca (firma)** |
|  |  |  |

*\* niepotrzebne skreślić*

1. Sposób reprezentowania wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia\* (pełnomocnik) na potrzeby niniejszego zamówienia jest następujący:

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

Zakres pełnomocnictwa:

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

*\* niepotrzebne skreślić (wypełniają wyłącznie wykonawcy składający ofertę wspólną)*

1. Informacje dotyczące wykonawcy:
   * + - 1. Czy wykonawca jest mikro przedsiębiorstwem ? TAK/NIE\*
         2. Czy wykonawca jest małym przedsiębiorstwem ? TAK/NIE\*
         3. Czy wykonawca jest średnim przedsiębiorstwem? TAK/NIE\*
         4. Czy wykonawca należy do grupy kapitałowej w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007 r.   
            o ochronie konkurencji i konsumentów? TAK/NIE\*\*
         5. Jeśli wykonawca jest członkiem grupy kapitałowej, należy podać następujące informacje dodatkowe\*\*:
2. nazwa grupy kapitałowej, jeśli grupa ją posiada:………………………\*\*
3. czy grupa kapitałowa zawiera w swoim składzie inne zakłady ubezpieczeń? TAK/NIE\*\*
4. lista innych zakładów ubezpieczeń należących do grupy kapitałowej:……………………… \*\*

*\* niepotrzebne skreślić (dotyczy całego zakładu ubezpieczeń, a nie jego jednostki terenowej)*

*\*\* niepotrzebne skreślić*

1. **Oświadczamy\*, że**
2. statut reprezentowanego przez nas wykonawcy – towarzystwa ubezpieczeń wzajemnych przewiduje, że towarzystwo ubezpiecza także osoby niebędące członkami towarzystwa;
3. w przypadku wyboru oferty reprezentowanego przez nas wykonawcy – towarzystwa ubezpieczeń wzajemnych, towarzystwo udzieli ochrony ubezpieczeniowej zamawiającemu, jako osobie niebędącej członkiem towarzystwa;
4. wybór oferty towarzystwa ubezpieczeń wzajemnych nie będzie skutkował członkostwem w tym towarzystwie i koniecznością wnoszenia składki członkowskiej, nawet jeśli w przeszłości którykolwiek z podmiotów objętych zamówieniem był lub nadal jest członkiem towarzystwa ubezpieczeń wzajemnych;
5. 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.

*\* dotyczy wyłącznie wykonawcy, który działa w formie towarzystwa ubezpieczeń wzajemnych*

1. 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).*

1. 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 specyfikacji warunków zamówienia, w celu związanym z niniejszym postępowaniem o udzielenie zamówienia publicznego.
2. W sprawach nieuregulowanych w specyfikacji warunków zamówienia i w ofercie mają zastosowanie następujące ogólne lub/i szczególne warunki ubezpieczenia oraz aneksy do tych warunków *(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** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. **Załącznikami do niniejszej oferty są następujące dokumenty:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Lp.** | **Wyszczególnienie** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

Niniejsza oferta oraz załączniki do niej są jawne i nie zawierają informacji stanowiących tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji, za wyjątkiem …………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………..

Miejscowość i data: ……………….………

……………………………………………….………………………

*(podpis osoby/osób uprawnionej/nych*

*do reprezentowania wykonawcy/wykonawców)*