

FORMULARZ OFERTY

Numer sprawy: **DZP. 26.1.2.2025.IK**

Nazwa zadania: **Ubezpieczenie kosztów leczenia i usługi assistance, ubezpieczenie następstw nieszczęśliwych wypadków oraz odpowiedzialności cywilnej, ubezpieczenia bagażu, kosztów leczenia kontynuowanego po powrocie na terytorium Polski pracowników Zespołu Pieśni i Tańca „Śląsk” im. Stanisława Hadyny wyjeżdżających służbowo poza granice Polski.**

Dane Wykonawcy:

nazwa Wykonawcy:
 z siedzibą w kod.....
 przy ul.
 REGON
 NIP
 telefon i telefax
 nr konta bankowego.....

- 1. Oferujemy realizację przedmiotu zamówienia zgodnie z wymogami SWZ za ceny brutto, określone w niniejszym formularzu oferty.**
- 2. Akceptujemy wymagany zakres ubezpieczenia i wszystkie klauzule obowiązkowe wymagane w opisie przedmiotu zamówienia.**
- 3. Oferujemy ubezpieczenie zgodnie z opisem przedmiotu zamówienia stanowiącym załącznik nr 3 do SWZ, za kwotę łączną:**

Brutto **PLN**

słownie

..... **PLN**

w tym:

Wariant	Szacunkowa liczba osobodni	Oferowana składka za 1 osobodzień	Wartość składki za podaną szacunkową liczbę osobodni
I EUROPA	2200		
II Świat bez USA	1500		
III Świat z USA	200		
		RAZEM	

Oferujemy następujące warunki dodatkowe:

Oferowane warunki dodatkowe	W przypadku akceptacji proszę wpisać: „TAK” <i>Brak adnotacji oznacza brak akceptacji i brak punktów</i>	Liczba punktów
Suma ubezpieczenia kosztów leczenia wariant I zwiększenie sumy ubezpieczenia na Europę do 1 000 000 zł na osobę.		10
Suma gwarancyjna OC zwiększenie sumy gwarancyjnej w ubezpieczeniu odpowiedzialności cywilnej w każdym z wariantów do 200 000,00 zł		10
Rezygnacja z franszyzy w ubezpieczeniu odpowiedzialności cywilnej w każdym wariancie		10
Suma ubezpieczenia NNW – zwiększenie sumy ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków (w każdym z wariantów do 60 000,00 zł		10
Suma ubezpieczenia bagażu podróznego zwiększenie sumy ubezpieczenia bagażu podróznego w każdym z wariantów do kwoty 10.000 zł.		10
Kontynuacja leczenia na terenie RP limit min. 5 000,00 zł w każdym wariancie		10

Jednocześnie oświadczamy, że:

4. Oferujemy płatność w ciągu 14 dni od dnia przesłania Zamawiającemu rachunku/faktury za wszystkie otrzymane „listy ubezpieczonych” w danym miesiącu. Wykonawca przekazywać będzie Zamawiającemu fakturę/rachunek do 15-go dnia następnego miesiąca.
5. Zobowiązujemy się ubezpieczyć przedmiot zamówienia w okresie określonym w SWZ
6. Oświadczamy, że stopy składki podane w Formularzu ofertowym, są stałe na cały okres realizacji zamówienia.
7. Oświadczamy, że oferowany przez nas zakres ubezpieczenia spełnia wszystkie wymogi określone przez Zamawiającego w SWZ.
8. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się ze SWZ i nie wnosimy do niej zastrzeżeń oraz zdobyliśmy konieczne informacje do przygotowania oferty.
9. Oświadczamy, że uważamy się za związanych niniejszą ofertą przez czas wykazany w SWZ.
10. Zobowiązujemy się do zawarcia umowy na ich warunkach w miejscu i terminie określonym przez Zamawiającego.
11. Adres e-mail na które Zamawiający przesyłać będzie „Listy ubezpieczonych”

12. Załącznikami do niniejszej oferty są:

Ogólne warunki ubezpieczeń

Klauzule dodatkowe

Pozostałe załączniki

13. Zaleca się określenie zawartości oferty poprzez uzupełnienie poniższego zapisu:

Oferta wraz z załącznikami zawiera _____ zapisanych stron, podpisanych i ponumerowanych zgodnie z wymogami **SWZ**.

Uprawniona/ny do kontaktów z Zamawiającym jest: _____

Tel.: _____

Fax: _____

e-mail _____

Podpisano:

Data

.....
**(czytelny podpis lub podpis z
pieczęcią imienną Wykonawcy)**