

FORMULARZ OFERTY

Oznaczenie Wykonawcy – pełne nazwy wykonawcy/ów składających ofertę

--

ZAMAWIAJĄCY:

**Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Sejnach
16-500 Sejny, ul. Dr Edwarda Rittlera 2**

Działając w imieniu wymienionego/yh powyżej Wykonawcy/ów oferujemy realizację na rzecz Zamawiającego zamówienia publicznego **na ubezpieczenie z tytułu zdarzeń medycznych na rzecz pacjentów** Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Sejnach: na okres od dnia **01.01.2012 r.** do dnia **31.12.2012 r.** proponując składkę ubezpieczeniową ustaloną zgodnie z wymogami opracowanej przez Zamawiającego Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia (dalej SIWZ) i określoną w części szczegółowej Formularza Oferty.

W przypadku wybrania naszej oferty umowa ubezpieczenia zostanie zawarta na warunkach określonych w Załączniku nr 2 do SIWZ – Opis Przedmiotu Zamówienia – Warunki Ubezpieczenia. W pozostałych kwestiach mają zastosowanie Ogólne Warunki Ubezpieczenia załączone do oferty. Jeżeli załączone Ogólne Warunki Ubezpieczenia odbiegają od warunków ubezpieczenia określonych w Załączniku nr 2 do SIWZ lub są z nią sprzeczne, za wiążące uznajemy warunki określone w Załączniku nr 2 do SIWZ. Jednocześnie w zawartej umowie uwzględnione zostaną postanowienia klauzul dodatkowych wymaganych w Załączniku nr 2 do SIWZ dla poszczególnych ubezpieczeń.

Informujemy, iż zapoznaliśmy się z treścią SIWZ wraz z załącznikami oraz uzyskaliśmy informacje niezbędne do przygotowania oferty.

Uważamy się za związanych złożoną ofertą przez 30 dni od momentu upływu terminu do składania ofert.

.....
(data, podpisy i pieczętki uprawnionych reprezentantów lub umocowanych przedstawicieli Wykonawcy)

UWAGA: osoba podpisująca ofertę powinna parafować wszystkie strony formularza

FORMULARZ OFERTY

CZĘŚĆ A - WYKONAWCA

Szczegółowe oznaczenie Wykonawcy/ów

Pełna nazwa Wykonawcy/ów z podaniem adresu

--

Lider konsorcjum (dotyczy Wykonawców ubiegających się wspólnie o udzielenie zamówienia)

--

Kontakt tel./fax.

--

Osoba kontaktowa ze strony Wykonawcy tel./fax., stanowisko służbowe

--

.....
(data, podpisy i pieczętki uprawnionych reprezentantów
lub umocowanych przedstawicieli Wykonawcy)

CZEŚĆ B – ZAKRES OFERTY

W ramach niniejszego postępowania składamy ofertę ubezpieczenia na:
ubezpieczenie na rzecz pacjentów z tytułu zdarzeń medycznych określonych w przepisach o
prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta

CZEŚĆ C – TERMIN REALIZACJI ZAMÓWIENIA:

Termin realizacji zamówienia obejmuje okres ubezpieczenia **od dnia 01.01.2012 r. do
31.12.2012 r.**

CZEŚĆ D – TERMINY PŁATNOŚCI SKŁADKI:

Składka ubezpieczeniowa zostanie opłacona w postaci 4 równych rat, płatnych zgodnie z
harmonogramem: Rata I - płatna do dnia 31.01.2012, Rata II – płatna do dnia 31.03.2012, Rata
III – płatna do dnia 30.06.2012, Rata IV – płatna do dnia 30.09.2012,

CZEŚĆ E – CENA ZA REALIZACJĘ ZAMÓWIENIA:

Łączna cena realizacji zamówienia w całym okresie ubezpieczenia za:
ubezpieczenie na rzecz pacjentów z tytułu zdarzeń medycznych określonych w przepisach o
prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta

stanowi sumę kwot określonych:

- a) w pkt. 3 Załącznika nr 1 do Formularza Oferty.

i wynosi:

.....zł.....gr.

słownie:

.....złotych.....groszy

.....
(data, podpisy i pieczętki uprawnionych reprezentantów
lub upoważnionych przedstawicieli Wykonawcy)

CZĘŚĆ F – ZAŁĄCZNIKI DO FORMULARZA OFERTY

Załącznikami do niniejszego Formularza są:

Załącznik nr 1 – Informacje dotyczące ubezpieczenia na rzecz pacjentów z tytułu zdarzeń medycznych określonych w przepisach o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta

Załącznik nr 2 – Aktualny odpis z właściwego rejestru np. wypis z Krajowego Rejestru Sądowego, jeżeli odrębne przepisy wymagają wpisu do rejestru, wystawiony nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert;

Załącznik nr 3 – Kopia zezwolenia właściwego organu na prowadzenie działalności ubezpieczeniowej w zakresie tożsamym z przedmiotem zamówienia, lub gdy na podstawie odrębnych przepisów zezwolenie nie jest wymagane, zaświadczenie właściwego organu nadzoru, że wykonawca prowadzi działalność ubezpieczeniową w wymaganym zakresie lub oświadczenie organu uprawnionego do reprezentowania wykonawcy, że wykonawca prowadzi działalność ubezpieczeniową w wymaganym zakresie i nie jest konieczne posiadanie przez niego zezwolenia wraz z przytoczeniem podstawy prawnej;

Załącznik nr 4– Oryginał lub poświadczona za zgodność z oryginałem kopia dokumentów, z których wynika umocowanie do występowania w imieniu i na rzecz Wykonawcy;

.....
(data, podpisy i pieczętki uprawnionych reprezentantów
umocowanych przedstawicieli Wykonawcy)

ZAŁĄCZNIK NR 1
(do Formularza Oferty)

Informacje dotyczące ubezpieczenia na rzecz pacjentów z tytułu zdarzeń medycznych określonych w przepisach o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta

1. Podstawa zawarcia ubezpieczenia:

Ubezpieczenie (określone w art. 25 ust 1. pkt 2 ustawy o działalności leczniczej z dnia 15 kwietnia 2011 r. Dz.U. 2011 Nr 112, poz. 654). Ubezpieczeniem objęta będzie odpowiedzialność z tytułu zdarzeń medycznych określonych w przepisach o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, która obejmuje zdarzenia medyczne w rozumieniu tej ustawy, które miały miejsce w okresie ochrony ubezpieczeniowej. Warunki ubezpieczenia zgodnie z Ustawą z dnia 06 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. nr 52, poz. 417 z 2009 r. z późn. zm., zwana dalej UOPP).

2. Suma gwarancyjna, składka:

Maksymalna wysokość świadczenia (odszkodowania i zadośćuczynienie) w odniesieniu do wszystkich zdarzeń medycznych objętych ochroną ubezpieczeniową wynosi 1 200 000 zł, z tym że w przypadku:

- 1) zakażenia, uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia pacjenta — wynosi 100 000 zł,
 - 2) śmierci pacjenta — wynosi 300 000 zł
- w odniesieniu do jednego pacjenta, nie więcej jednak niż wysokość świadczenia, określona w rozporządzeniu ministra właściwego do spraw zdrowia, wydanego na podstawie art. 67k, ust. 11 ustawy, o której mowa w punkcie 1.

3. Składka za 12 miesięczny okres realizacji zamówienia wynosi

.....zł.....gr.

słownie:.....złoty.....groszy