**ZAŁĄCZNIK NR 2A do SWZ - Wzór formularza ofertowego dla Zadania I**

**Dotyczy postepowania o udzielnie zamówienia publicznego pn.:** Zadanie I - usługa obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej Szpitala Klinicznego im. Karola Jonschera Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, dobrowolne ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone osobie trzeciej w związku z prowadzoną działalnością i posiadaniem mienia. Zadanie II - ubezpieczenie gotówki w transporcie oraz ubezpieczenie gotówki w Kasie Szpitala

**Zamawiający:**

Szpital Kliniczny im. Karola Jonschera Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu ul. Szpitalna 27/33, 60-572 Poznań

 **Formularz ofertowy**

**dla Zadania I - usługa obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej Szpitala Klinicznego im. Karola Jonschera Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, dobrowolne ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone osobie trzeciej w związku z prowadzoną działalnością i posiadaniem mienia**

1. **Wykonawca**

Czy Wykonawca wspólnie ubiega się o udzielenie zamówienia:

[ ] TAK **[ ] NIE\***

Należy zaznaczyć x lub innym podobnym – brak zaznaczenia oznacza, że Wykonawca samodzielnie ubiega się o zamówienie publiczne. W przypadku odpowiedzi twierdzącej należy powielić pkt „dane Wykonawcy” oraz podać wszystkie dane **lidera**, a w odniesieniu do pozostałych Wykonawców należy podać tylko nazwę i krajowy numer identyfikacyjny (w przypadku polskich Wykonawców NIP lub REGON).

Dane Wykonawcy: ……………………………………..

(pełna nazwa/forma prawna)

Siedziba Wykonawcy: …………………….

(adres, ulica, miasto, województwo, kraj): ………………..

Nr NIP - podać numer unijny): …………………….. Regon: ……………………………

Osoba/y uprawniona/e do kontaktów: ………………………………

Telefon:……………………………

(Adres e-mail – na które Zamawiający ma przesyłać korespondencję): ……………………………

**Wielkość przedsiębiorstwa:**

[ ] mikroprzedsiębiorstwo,

[ ] małe przedsiębiorstwo,

[ ] średnie przedsiębiorstwo,

[ ] jednoosobowa działalność gospodarcza,

[ ] osoba fizyczna nieprowadząca działalności gospodarczej,

[ ] inny rodzaj

Należy zaznaczyć x lub innym podobnym

1. **PODWYKONAWCY**

Niżej podaną część/zakres zamówienia, wykonywać będą w moim imieniu podwykonawcy:

**Część/zakres zamówienia - Nazwa (firma) podwykonawcy**

1. ……………………………….. ……………………………….
2. ……………………………… …………………………………..

(W przypadku braku wypełnienia ww. informacji w zakresie podwykonawstwa, Zamawiający automatycznie przyjmuje, że zamówienie zostanie zrealizowane samodzielnie przez Wykonawcę).

1. **SKŁADAMY OFERTĘ** na realizację przedmiotu zamówienia oferując następującą cenę składki ubezpieczeniowej z podziałem na poszczególne ryzyka/ubezpieczenia (podać elementy cenowe składające się na cenę oferty) :

Tabela nr 1

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa ryzyka/ rodzaju ubezpieczenia objętego przedmiotem zamówienia**  | **Wysokość składki na okres****12 m-cy** |
| 1 | Obowiązkowego ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej Szpitala Klinicznego im. Karola Jonschera Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu | …………… zł  |
| 2 | dobrowolne ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone osobie trzeciej w związku z prowadzoną działalnością i posiadaniem mienia, | ………………zł  |
|  | **\*RAZEM**Suma poz. 1 i 2 -Cena ostateczna oferty w całym okresie ubezpieczenia | **………zł**  |

\*Cena ostateczna oferty (słownie) w całym okresie ubezpieczenia

…..........................................................................................................................................

**Składki płatne będą w 2 równych ratach, w terminach: I rata do dnia 30.01.2022 r. II rata do dnia 30.06.2022 r.**

1. **Wymagane dane do kryteriów oceny ofert innych niż cena:**

**Tabela nr 2**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  **Dodatkowe (fakultatywne ) klauzule rozszerzające klauzulę ochrony zakres ochrony ubezpieczeniowej** | **Liczba pkt. przypisana klauzuli** | **Odpowiedź Wykonawcy****\*wpisać TAK/NIE** |
| **Klauzula stempla pocztowego**Na podstawie niniejszej klauzuli ustala się, że za dzień zapłaty składki lub raty składki uznany zostaje dzień złożenia przez Ubezpieczającego polecenia przelewu/datę stempla uwidocznionego na przelewie bankowym/pocztowym/datę przelewu elektronicznego przy założeniu, że na koncie Ubezpieczającego jest wolna kwota pozwalająca na realizację zlecenia/przelewu na rzecz zakładu ubezpieczeń najpóźniej w dniu wskazanym na polisie lub innym dokumencie ubezpieczeniowym lub płatniczym jako termin zapłaty. | 10 pkt  |  |
| **b) Klauzula prolongacyjna**Z zachowaniem pozostałych nie zmienionych niniejszą klauzulą postanowień ogólnych warunków ubezpieczenia oraz innych postanowień umowy ubezpieczenia ustala się, że jeżeli Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność jeszcze przed zapłaceniem składki lub jej pierwszej raty, a składka lub jej pierwsza rata nie została zapłacona w terminie, to brak wpłaty przez Ubezpieczającego składki lub jej pierwszej raty w terminie przewidzianym w umowie ubezpieczenia, nie może być podstawą do wypowiedzenia przez Ubezpieczyciela umowy ubezpieczenia ze skutkiem natychmiastowym. | 15 pkt  |  |
| **c) Klauzula funduszu prewencyjnego**Ubezpieczyciel zobowiązuje się przekazać środki z funduszu prewencyjnego Ubezpieczyciela w wys. min. 20 tys. zł łącznej składki z zawartych umów ubezpieczenia. Realizacja i rozliczenie przekazanych środków następować będzie według wewnętrznych wytycznych Ubezpieczyciela. | 15 pkt . |  |

\* Brak odpowiedniego wpisania TAK/NIE skutkować będzie przyjęciem przez Zamawiającego, że Wykonawca nie oferuję klauzul dodatkowych W takim przypadku Wykonawca otrzymuję 0 pkt.

1. Sumy gwarancyjne, sumy ubezpieczenia, limity, udziały własne i franszyzy zgodnie z SWZ
2. **Okres obowiązywania umowy:**

**Dla zadania I : 12 miesięcy. Od dnia 01 stycznia 2022 roku - do dnia 31 grudnia 2022 roku.**

1. Zgodnie z art. 225 ust 2 ustawy pzp, informujemy, że wybór oferty będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z [ustawą](https://sip.lex.pl/#/document/17086198?cm=DOCUMENT) z dnia 11 marca 2004 r. o podatku od towarów i usług (Dz. U. z 2018 r. poz. 2174, z późn. zm.) - **TAK\*/ NIE**

**Przy odpowiedzi TAK\*- należy wypełnić poniższe pkt.:**

1. *…………………………………………(należy wskazać nazwy (rodzaju) towaru lub usługi, których dostawa lub świadczenie będą prowadziły do powstania obowiązku podatkowego)*
2. *…………………………………….. zł netto (należy wskazać wartości towaru lub usługi objętego obowiązkiem podatkowym zamawiającego, bez kwoty podatku)*
3. *…………………………………… stawka podatku od towarów i usług, która zgodnie z nasza wiedzą , będzie miała zastosowanie*

(Brak jakiegokolwiek zaznaczenia oznacza, że wybór ofert nie będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z [ustawą](https://sip.lex.pl/#/document/17086198?cm=DOCUMENT) z dnia 11 marca 2004 r. o podatku od towarów i usług)

1. **Ja (MY) niżej podpisani OŚWIADCZAMY, że:**
2. Wykonawca oświadcza, że zapoznał się z warunkami postępowania o udzielenie zamówienia publicznego, uzyskał wszystkie informacje niezbędne do oszacowania ryzyka, przygotowania oferty i właściwego wykonania zamówienia oraz, że zapoznał się i nie wnosi żadnych zastrzeżeń do Specyfikacji Warunków Zamówienia wraz z wszystkimi załącznikami.
3. zapoznaliśmy się z Projektowanymi Postanowieniami Umowy, określonymi w załączniku do Specyfikacji Warunków Zamówienia, akceptujemy ją bez zastrzeżeń i **ZOBOWIĄZUJEMY SIĘ**, w przypadku wyboru naszej oferty, do zawarcia umowy zgodnej z niniejszą ofertą.
4. Niniejsza oferta wiąże nas przez okres wskazany w dokumentacji postepowania przez Zamawiającego.
5. **Oświadczenie RODO**

**Oświadczam**, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO[[1]](#footnote-1) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.\*\*

9.Wraz z ofertą **SKŁADAMY** następujące oświadczenia i dokumenty:

1.…….

2.…….

3.…….

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_ \_\_\_ 2021 r.

***Informacja dla Wykonawcy:***

*\*\* 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 Wykonawca nie składa oświadczenia (usunięcie treści oświadczenia następuje np. przez jego wykreślenie).*

Do oferty należy dołączyć następujące dokumenty – **zgodnie z SWZ**

Oświadczenie o braku podstaw do wykluczenia, **zgodne z załącznikiem nr 3.**

Oświadczenie o spełnieniu warunków udziału w postępowaniu, **zgodnie z załącznikiem nr 4**

ODPIS lub INFORMACJA z Krajowego Rejestru Sądowego, Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej lub innego właściwego rejestru (w celu potwierdzenia, że osoba działająca w imieniu wykonawcy jest umocowana do jego reprezentowania).

Pełnomocnictwo: (o ile dotyczy)

1. upoważniające do złożenia oferty, o ile ofertę składa pełnomocnik;
2. Pełnomocnictwo dla pełnomocnika do reprezentowania w postępowaniu Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia - dotyczy ofert składanych przez Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia;

**ZAŁĄCZNIK NR 2B do SWZ - Wzór formularza ofertowego dla Zadania II**

**Dotyczy postepowania o udzielnie zamówienia publicznego pn.:**

Zadanie I - usługa obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej Szpitala Klinicznego im. Karola Jonschera Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, dobrowolne ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone osobie trzeciej w związku z prowadzoną działalnością i posiadaniem mienia,

Zadanie II - ubezpieczenie gotówki w transporcie oraz ubezpieczenie gotówki w Kasie Szpitala

**Zamawiający:**

Szpital Kliniczny im. Karola Jonschera Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu ul. Szpitalna 27/33, 60-572 Poznań

 **Formularz ofertowy**

**dla Zadania II - ubezpieczenie gotówki w transporcie oraz ubezpieczenie gotówki w Kasie Szpitala**

1. **Wykonawca**

Czy Wykonawca wspólnie ubiega się o udzielenie zamówienia:

[ ] TAK **[ ] NIE\***

Należy zaznaczyć x lub innym podobnym – brak zaznaczenia oznacza, że Wykonawca samodzielnie ubiega się o zamówienie publiczne. W przypadku odpowiedzi twierdzącej należy powielić pkt „dane Wykonawcy” oraz podać wszystkie dane **lidera**, a w odniesieniu do pozostałych Wykonawców należy podać tylko nazwę i krajowy numer identyfikacyjny (w przypadku polskich Wykonawców NIP lub REGON).

Dane Wykonawcy: ……………………………………..

(pełna nazwa/forma prawna)

Siedziba Wykonawcy: …………………….

(adres, ulica, miasto, województwo, kraj): ………………..

Nr NIP - podać numer unijny): …………………….. Regon: ……………………………

Osoba/y uprawniona/e do kontaktów: ………………………………

Telefon:……………………………

(Adres e-mail – na które Zamawiający ma przesyłać korespondencję): ……………………………

**Wielkość przedsiębiorstwa:**

[ ] mikroprzedsiębiorstwo,

[ ] małe przedsiębiorstwo,

[ ] średnie przedsiębiorstwo,

[ ] jednoosobowa działalność gospodarcza,

[ ] osoba fizyczna nieprowadząca działalności gospodarczej,

[ ] inny rodzaj

Należy zaznaczyć x lub innym podobnym

1. **PODWYKONAWCY**

Niżej podaną część/zakres zamówienia, wykonywać będą w moim imieniu podwykonawcy:

**Część/zakres zamówienia - Nazwa (firma) podwykonawcy**

1. ……………………………….. ……………………………….
2. ……………………………… …………………………………..

(W przypadku braku wypełnienia ww. informacji w zakresie podwykonawstwa, Zamawiający automatycznie przyjmuje, że zamówienie zostanie zrealizowane samodzielnie przez Wykonawcę).

1. **SKŁADAMY OFERTĘ** na realizację przedmiotu zamówienia oferując następującą cenę składki ubezpieczeniowej z podziałem na poszczególne ryzyka/ubezpieczenia (podać elementy cenowe składające się na cenę oferty) :

**Tabela nr 1**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa ryzyka**  | **Wysokość składki na okres****12 m-cy** |
| 1 | Ubezpieczenie gotówki w transporcie | ………… |
| 2 | Ubezpieczenie gotówki w kasie Szpitala (ochrona ubezpieczeniowa od kradzieży z włamaniem i rabunku obejmująca gotówkę należącą do Szpitala i przechowywaną w kasie Szpitala, związaną z bieżącym obrotem) | ……………………… |
|  | **\*RAZEM**Suma poz. nr 1 i nr 2 - Cena ostateczna oferty w całym okresie ubezpieczenia | **………** |

\*Cena ostateczna oferty (słownie) w całym okresie ubezpieczenia

…..........................................................................................................................................

**Składki płatne będą w 2 równych ratach, w terminach: I rata do dnia 30.01.2022 r. II rata do dnia 30.06.2022** r.

1. **Wymagane dane do kryteriów oceny ofert innych niż cena:**

Tabela nr 2

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  **Dodatkowe (fakultatywne ) klauzule rozszerzające klauzulę ochrony zakres ochrony ubezpieczeniowej** | **Liczba pkt. przypisana klauzuli** | **Odpowiedź Wykonawcy** **\*wpisać TAK/NIE** |
| **Klauzula stempla pocztowego**Na podstawie niniejszej klauzuli ustala się, że za dzień zapłaty składki lub raty składki uznany zostaje dzień złożenia przez Ubezpieczającego polecenia przelewu/datę stempla uwidocznionego na przelewie bankowym/pocztowym/datę przelewu elektronicznego przy założeniu, że na koncie Ubezpieczającego jest wolna kwota pozwalająca na realizację zlecenia/przelewu na rzecz zakładu ubezpieczeń najpóźniej w dniu wskazanym na polisie lub innym dokumencie ubezpieczeniowym lub płatniczym jako termin zapłaty. | 20 pkt  |  |
| **b) Klauzula prolongacyjna**Z zachowaniem pozostałych nie zmienionych niniejszą klauzulą postanowień ogólnych warunków ubezpieczenia oraz innych postanowień umowy ubezpieczenia ustala się, że jeżeli Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność jeszcze przed zapłaceniem składki lub jej pierwszej raty, a składka lub jej pierwsza rata nie została zapłacona w terminie, to brak wpłaty przez Ubezpieczającego składki lub jej pierwszej raty w terminie przewidzianym w umowie ubezpieczenia, nie może być podstawą do wypowiedzenia przez Ubezpieczyciela umowy ubezpieczenia ze skutkiem natychmiastowym. | 20 pkt  |  |

\* Brak odpowiedniego wpisania TAK/NIE skutkować będzie przyjęciem przez Zamawiającego, że Wykonawca nie oferuję klauzul dodatkowych W takim przypadku Wykonawca otrzymuję 0 pkt.

1. Sumy gwarancyjne, sumy ubezpieczenia, limity, udziały własne i franszyzy zgodnie z SWZ
2. **Okres obowiązywania umowy:**

**Dla zadania II : 12 miesięcy. Od dnia 01 stycznia 2022 roku - do dnia 31 grudnia 2022 roku.**

1. Zgodnie z art. 225 ust 2 ustawy pzp, informujemy, że wybór oferty będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z [ustawą](https://sip.lex.pl/#/document/17086198?cm=DOCUMENT) z dnia 11 marca 2004 r. o podatku od towarów i usług (Dz. U. z 2018 r. poz. 2174, z późn. zm.) - **TAK\*/ NIE**

**Przy odpowiedzi TAK\*- należy wypełnić poniższe pkt.:**

1. *…………………………………………(należy wskazać nazwy (rodzaju) towaru lub usługi, których dostawa lub świadczenie będą prowadziły do powstania obowiązku podatkowego)*
2. *…………………………………….. zł netto (należy wskazać wartości towaru lub usługi objętego obowiązkiem podatkowym zamawiającego, bez kwoty podatku)*
3. *…………………………………… stawka podatku od towarów i usług, która zgodnie z nasza wiedzą , będzie miała zastosowanie*

(Brak jakiegokolwiek zaznaczenia oznacza, że wybór ofert nie będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z [ustawą](https://sip.lex.pl/#/document/17086198?cm=DOCUMENT) z dnia 11 marca 2004 r. o podatku od towarów i usług)

1. **Ja (MY) niżej podpisani OŚWIADCZAMY, że:**
2. Wykonawca oświadcza, że zapoznał się z warunkami postępowania o udzielenie zamówienia publicznego, uzyskał wszystkie informacje niezbędne do oszacowania ryzyka, przygotowania oferty i właściwego wykonania zamówienia oraz, że zapoznał się i nie wnosi żadnych zastrzeżeń do Specyfikacji Warunków Zamówienia wraz z wszystkimi załącznikami.
3. zapoznaliśmy się z Projektowanymi Postanowieniami Umowy, określonymi w załączniku do Specyfikacji Warunków Zamówienia, akceptujemy ją bez zastrzeżeń i **ZOBOWIĄZUJEMY SIĘ**, w przypadku wyboru naszej oferty, do zawarcia umowy zgodnej z niniejszą ofertą.
4. Niniejsza oferta wiąże nas przez okres wskazany w dokumentacji postepowania przez Zamawiającego.
5. **Oświadczenie RODO**

**Oświadczam**, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO[[2]](#footnote-2) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.\*\*

9.Wraz z ofertą **SKŁADAMY** następujące oświadczenia i dokumenty:

1.…….

2.…….

3.…….

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_ \_\_\_ 2021 r.

***Informacja dla Wykonawcy:***

*\*\* 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 Wykonawca nie składa oświadczenia (usunięcie treści oświadczenia następuje np. przez jego wykreślenie).*

Do oferty należy dołączyć następujące dokumenty – **zgodnie z SWZ**

Oświadczenie o braku podstaw do wykluczenia, **zgodne z załącznikiem nr 3.**

Oświadczenie o spełnieniu warunków udziału w postępowaniu, **zgodnie z załącznikiem nr 4**

ODPIS lub INFORMACJA z Krajowego Rejestru Sądowego, Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej lub innego właściwego rejestru (w celu potwierdzenia, że osoba działająca w imieniu wykonawcy jest umocowana do jego reprezentowania).

Pełnomocnictwo: (o ile dotyczy)

1. upoważniające do złożenia oferty, o ile ofertę składa pełnomocnik;
2. Pełnomocnictwo dla pełnomocnika do reprezentowania w postępowaniu Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia - dotyczy ofert składanych przez Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia;

**Załącznik nr 3** **(Wykonawca dołączy do oferty)**

Wykonawca:

Dane Wykonawcy: ……………………………………..

(pełna nazwa/forma prawna)

Siedziba Wykonawcy: …………………….

(adres, ulica, miasto, województwo, kraj): ………………..

Nr NIP - podać numer unijny): …………………….. Regon: ……………………………

**Zamawiający:**

Szpital Kliniczny im. Karola Jonschera Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu ul. Szpitalna 27/33, 60-572 Poznań

**Oświadczenie wykonawcy**

**składane na podstawie art. 125 ust. 1 w zw. z art. 273 ust 2 ustawy z dnia 11 września 2019 roku - Prawo zamówień publicznych (dalej jako: ustawa Pzp),**

**DOTYCZĄCE PRZESŁANEK WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA**

# Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn.: Zadanie I - usługa obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej Szpitala Klinicznego im. Karola Jonschera Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, dobrowolne ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone osobie trzeciej w związku z prowadzoną działalnością i posiadaniem mienia, Zadanie II - ubezpieczenie gotówki w transporcie oraz ubezpieczenie gotówki w Kasie Szpitala prowadzonego przez Szpital im. K. Jonschera Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu*,* oświadczam, co następuje:

**OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE WYKONAWCY:**

1. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie
art. 108 ust 1 ustawy PZP.

…………….……. *(miejscowość),* dnia …………………. r.

***UWAGA:*** *w przypadku gdy oświadczenie nie dotyczy Wykonawcy, należy przekreślić oświadczenie lub dopisać adnotację "NIE DOTYCZY", w przypadku nie wypełnienia poniższego oświadczenia Zamawiający uzna, że w stosunku do Wykonawcy nie zachodzą podstawy do wykluczenia z postępowania.]*

Oświadczam, że zachodzą w stosunku do mnie podstawy wykluczenia z postępowania na podstawie
art. …………. ustawy PZP *(podać mającą zastosowanie podstawę wykluczenia spośród wymienionych w art.* 108 ust. 1 i/lub/ *ustawy PZP).* Jednocześnie oświadczam, że w związku
z ww. okolicznością, na podstawie art. 110 ust 2 ustawy PZP podjąłem następujące środki naprawcze: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………

*[****UWAGA:****w przypadku gdy oświadczenie nie dotyczy Wykonawcy, należy przekreślić oświadczenie lub dopisać adnotację "NIE DOTYCZY", w przypadku nie wypełnienia poniższego oświadczenia Zamawiający uzna, że Wykonawca nie powołuje się na zasoby innych podmiotów.]*

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODMIOTU, NA KTÓREGO ZASOBY POWOŁUJE SIĘ WYKONAWCA:**

Oświadczam, że następujący/e podmiot/y, na którego/ych zasoby powołuję się w niniejszym postępowaniu, tj.: …………………………………………………………………….……………………… *(podać pełną nazwę/firmę, adres, a także w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)* nie podlega/ją wykluczeniu z postępowania o udzielenie zamówienia.

…………….……. *(miejscowość),* dnia …………………. r.

*[****UWAGA:*** *w przypadku gdy oświadczenie nie dotyczy Wykonawcy, należy przekreślić oświadczenie lub dopisać adnotację "NIE DOTYCZY", w przypadku nie wypełnienia poniższego oświadczenia Zamawiający uzna, że Wykonawca nie zamierza powierzyć wykonania zamówienia podwykonawcy.]*

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODWYKONAWCY NIEBĘDĄCEGO PODMIOTEM, NA KTÓREGO ZASOBY POWOŁUJE SIĘ WYKONAWCA:**

Oświadczam, że następujący/e podmiot/y, będący/e podwykonawcą/ami: ……………………………………………………………………..….……*(podać pełną nazwę/firmę, adres, a także w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*, nie podlega/ą wykluczeniu z postępowania o udzielenie zamówienia.

…………….……. *(miejscowość),* dnia …………………. r.

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:**

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższych oświadczeniach są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

…………….……. *(miejscowość),* dnia …………………. r.

**Załącznik nr 4 (Wykonawca dołączy do oferty)**

Wykonawca:

Dane Wykonawcy: ……………………………………..

(pełna nazwa/forma prawna)

Siedziba Wykonawcy: …………………….

(adres, ulica, miasto, województwo, kraj): ………………..

Nr NIP - podać numer unijny): …………………….. Regon: ……………………………

**Zamawiający:**

Szpital Kliniczny im. Karola Jonschera Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu ul. Szpitalna 27/33, 60-572 Poznań

**Oświadczenie wykonawcy (wzór)**

**składane na podstawie art. 125 ust. 1 w zw. z art. 273 ust 2 ustawy z dnia 11 września 2019 roku - Prawo zamówień publicznych (dalej jako: ustawa Pzp),**

**DOTYCZĄCE SPEŁNIANIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**

# Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn.: Zadanie I - usługa obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej Szpitala Klinicznego im. Karola Jonschera Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, dobrowolne ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone osobie trzeciej w związku z prowadzoną działalnością i posiadaniem mienia, Zadanie II - ubezpieczenie gotówki w transporcie oraz ubezpieczenie gotówki w Kasie Szpitala prowadzonego przez Szpital im. K. Jonschera Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu*,* oświadczam, co następuje:

**INFORMACJA DOTYCZĄCA WYKONAWCY:**

Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez zamawiającego w dokumentacji postępowania **w Części V Rozdział I lit: b SWZ** (należy *właściwą jednostkę redakcyjną dokumentu, w której określono warunki udziału w postępowaniu),*

 …………….……. *(miejscowość),* dnia ………….……. r.

**INFORMACJA W ZWIĄZKU Z POLEGANIEM NA ZASOBACH INNYCH PODMIOTÓW**:

Oświadczam, że w celu wykazania spełniania warunków udziału w postępowaniu, określonych przez zamawiającego w **Części V Rozdział I Rozdział I lit.: b SWZ** (należy *właściwą jednostkę redakcyjną dokumentu, w której określono warunki udziału w postępowaniu),* polegam na zasobach następującego/ych podmiotu/ów: ………………………...……………………………………………………………………………………………………………….…………………………………….., w następującym zakresie: …………………………………………

…………………………………… *(wskazać podmiot i określić odpowiedni zakres dla wskazanego podmiotu).*

 …………….……. *(miejscowość),* dnia ………….……. r.

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:**

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższych oświadczeniach są aktualne
i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

 …………….……. *(miejscowość),* dnia ………….……. r.

**Załącznik Nr 5 do SWZ (dostarczyć na wezwanie)**

**Dotyczy postepowania o udzielnie zamówienia publicznego pn.:** Zadanie I - usługa obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej Szpitala Klinicznego im. Karola Jonschera Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, dobrowolne ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone osobie trzeciej w związku z prowadzoną działalnością i posiadaniem mienia. Zadanie II - ubezpieczenie gotówki w transporcie oraz ubezpieczenie gotówki w Kasie Szpitala

**Wykonawca:**

Dane Wykonawcy: ……………………………………..

(pełna nazwa/forma prawna)

Siedziba Wykonawcy: …………………….

(adres, ulica, miasto, województwo, kraj): ………………..

Nr NIP - podać numer unijny): …………………….. Regon: ……………………………

**Zamawiający:**

Szpital Kliniczny im. Karola Jonschera Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu ul. Szpitalna 27/33, 60-572 Poznań

**Oświadczenie wykonawcy o aktualności informacji zawartych w oświadczeniu , o którym mowa w art. 125 ust. 1 ustawy pzp**

(§3 ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ROZWOJU, PRACY I TECHNOLOGII z dnia 23 grudnia 2020 r. w sprawie podmiotowych środków dowodowych oraz innych dokumentów lub oświadczeń, jakich może żądać zamawiający od wykonawcyDz.U.2020.2415)

**Oświadczam iż, Informacje zawarte w złożonym oświadczeniu, o którym mowa w art. 125 ust. 1 ustawy PZP w zakresie podstaw wykluczenia w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego pn.:** Zadanie I - usługa obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej Szpitala Klinicznego im. Karola Jonschera Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, dobrowolne ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone osobie trzeciej w związku z prowadzoną działalnością i posiadaniem mienia. Zadanie II - ubezpieczenie gotówki w transporcie oraz ubezpieczenie gotówki w Kasie Szpitala, **prowadzonego przez Szpital im. K. Jonschera Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu***,*  **o których mowa w art. 108 ust 1 ustawy pzp -**  **są nadal aktualne.**

**Załącznik nr 6 (dostarczyć na wezwanie)**

**Dotyczy postepowania o udzielnie zamówienia publicznego pn.:** Zadanie I - usługa obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej Szpitala Klinicznego im. Karola Jonschera Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, dobrowolne ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone osobie trzeciej w związku z prowadzoną działalnością i posiadaniem mienia. Zadanie II - ubezpieczenie gotówki w transporcie oraz ubezpieczenie gotówki w Kasie Szpitala

**Wykonawca:**

Dane Wykonawcy: ……………………………………..

(pełna nazwa/forma prawna)

Siedziba Wykonawcy: …………………….

(adres, ulica, miasto, województwo, kraj): ………………..

Nr NIP - podać numer unijny): …………………….. Regon: ……………………………

**Zamawiający:**

Szpital Kliniczny im. Karola Jonschera Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu ul. Szpitalna 27/33, 60-572 Poznań

**INFORMACJA**

**o przynależności do grupy kapitałowej**

(w zakresie art. 108 ust 1 pkt 5 ustawy pzp)

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego **pn.:** Zadanie I - usługa obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej Szpitala Klinicznego im. Karola Jonschera Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, dobrowolne ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone osobie trzeciej w związku z prowadzoną działalnością i posiadaniem mienia. Zadanie II - ubezpieczenie gotówki w transporcie oraz ubezpieczenie gotówki w Kasie Szpitala, prowadzonego przez Szpital Kliniczny im. Karola Jonshera Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu*,* oświadczam, co następuje:

**Niniejszym oświadczam (-y), że:**

- **nie należę (-my) do tej samej grupy kapitałowej** w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów, o której mowa w art. 108 ust. 1 pkt 5 ustawy PZP z innym wykonawcą/ami, który złożył odrębną ofertę \*

- **należę (-my) do tej samej grupy kapitałowej z wykonawcą/ami, którzy złożyli odrębne oferty w niniejszym postępowaniu** w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów,

*(należy wskazać, co najmniej nazwę i adres siedziby podmiotów należących do tej samej grupy kapitałowej)\*:*

1) ……………………………………………………………………..

2) …………………………………………………………………….

3) …………………………………………………………………….

**Jednocześnie wraz z oświadczeniem składamy dokumenty lub informacje lub inne dowody potwierdzające przygotowanie oferty niezależnie od innego wykonawcy należącego do tej samej grupy kapitałowej.\***

\*niepotrzebne skreślić

**Załącznik nr 7 do SWZ – wzór wniosku o udostępnienie informacji poufnych**

**Dotyczy postepowania o udzielnie zamówienia publicznego pn.:** Zadanie I - usługa obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej Szpitala Klinicznego im. Karola Jonschera Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, dobrowolne ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone osobie trzeciej w związku z prowadzoną działalnością i posiadaniem mienia. Zadanie II - ubezpieczenie gotówki w transporcie oraz ubezpieczenie gotówki w Kasie Szpitala

**Wykonawca:**

Dane Wykonawcy: ……………………………………..

(pełna nazwa/forma prawna)

Siedziba Wykonawcy: …………………….

(adres, ulica, miasto, województwo, kraj): ………………..

Nr NIP - podać numer unijny): …………………….. Regon: ……………………………

**Zamawiający:**

Szpital Kliniczny im. Karola Jonschera Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu ul. Szpitalna 27/33, 60-572 Poznań

**WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE CZĘŚCI POUFNEJ SWZ**

Na potrzeby postepowania **o udzielnie zamówienia publicznego pn.:** Zadanie I - usługa obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej Szpitala Klinicznego im. Karola Jonschera Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, dobrowolne ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone osobie trzeciej w związku z prowadzoną działalnością i posiadaniem mienia. Zadanie II - ubezpieczenie gotówki w transporcie oraz ubezpieczenie gotówki w Kasie Szpitala prowadzonego przez Szpital im. K. Jonschera Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu*,* zwracam się z wnioskiem o udostępnienie części SWZ objętej poufnością na adres poczty elektronicznej ……………………………………. .w celu przygotowania oferty.

1. ) rozporządzenie 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, str. 1). [↑](#footnote-ref-1)
2. ) rozporządzenie 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, str. 1). [↑](#footnote-ref-2)