



Szpital Miejski św. Jana Pawła II w Elblągu
ul. Komeńskiego 35 ; 82-300 Elbląg

tel. 55 230-41-84 , fax. 55 230-41-50

https://platformazakupowa.pl/pn/szpitalmiejski_elblagwww.szpitalspecjalistyczny.elblag.pl e-mail: zamowienia@szpitalmiejski.elblag.pl

Postępowanie w trybie przetargu nieograniczonego na obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą, dobrowolne ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej z tytułu posiadanego mienia oraz prowadzenia działalności zakładu opieki zdrowotnej, ubezpieczenia mienia od wszystkich ryzyk, ubezpieczenie sprzętu biurowego all risk, ubezpieczenie sprzętu medycznego all risk

Nr sprawy:
ZP/49/2023

Załącznik Nr 11

OFERTA

ZAMAWIAJĄCY

Nazwa: Szpital Miejski św. Jana Pawła II	
Adres: 82-300 Elbląg, ul. Komeńskiego 35	
NIP: 578-310-44-67	REGON: 281098840

1. WYKONAWCA / WYKONAWCY WSPÓLNIE UBIEGAJĄCY SIĘ O UDZIELENIE ZAMÓWIENIA

Nazwa: Powszechny Zakład Ubezpieczeń SA		
NIP: 526-025-10-49	REGON: 010001345	
Adres: Rondo Daszyńskiego 4		
Miejscowość: Warszawa	Kod pocztowy: 00-843	Województwo: mazowieckie
e-mail: ututas@pzu.pl		Tel: 666880197
Adres do korespondencji: PZU SA ul. Arkońska 6A4; 80-347 Gdańsk		
Forma prowadzenia działalności przez Wykonawcę: <i>Zaznaczyć w odpowiednim miejscu. Kliknąć 2 x w oznaczony kwadrat, odznaczyć wartość domyślną: „zaznaczone”</i>	<input type="checkbox"/> MIKROPRZEDSIĘBIORSTWO * <input type="checkbox"/> MAŁE PRZEDSIĘBIORSTWO * <input type="checkbox"/> ŚREDNIE PRZEDSIĘBIORSTWO * <input type="checkbox"/> JEDNOOSOBOWA DZIAŁALNOŚĆ GOSPODARCZA * <input type="checkbox"/> OSOBA FIZYCZNA NIEPROWADZĄCA DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ * <input checked="" type="checkbox"/> INNY RODZAJ *	

2. WYKONAWCA / WYKONAWCY WSPÓLNIE UBIEGAJĄCY SIĘ O UDZIELENIE ZAMÓWIENIA

(Tabelę 2 należy wypełnić w przypadku składania oferty przez więcej niż jednego wykonawcę, konsorcja. W przypadku składania ofert przez większą ilość wykonawców, tabelę należy skopiować odpowiednio.)

Nazwa:		
NIP:	REGON:	
Adres:		
Miejscowość:	Kod pocztowy:	Województwo:
e-mail:		Tel:
Adres do korespondencji:		
Forma prowadzenia działalności przez Wykonawcę: <i>Zaznaczyć w odpowiednim miejscu. Kliknąć 2 x w oznaczony kwadrat, odznaczyć wartość domyślną: „zaznaczone”</i>	<input type="checkbox"/> MIKROPRZEDSIĘBIORSTWO * <input type="checkbox"/> MAŁE PRZEDSIĘBIORSTWO * <input type="checkbox"/> ŚREDNIE PRZEDSIĘBIORSTWO * <input type="checkbox"/> JEDNOOSOBOWA DZIAŁALNOŚĆ GOSPODARCZA * <input type="checkbox"/> OSOBA FIZYCZNA NIEPROWADZĄCA DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ * <input type="checkbox"/> INNY RODZAJ *	

* Mikroprzedsiębiorstwo: przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 10 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 2 mln €

* Małe przedsiębiorstwo: przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 50 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 10 mln €

* Średnie przedsiębiorstwo: przedsiębiorstwo, które nie jest mikroprzedsiębiorstwem ani małym przedsiębiorstwem i które zatrudniają mniej niż 250 osób i których roczny obrót nie przekracza 50 mln € lub roczna suma bilansowa nie przekracza 43 mln €

* Jednoosobowa działalność gospodarcza : osoba fizyczna, która uzyskała wpis do ewidencji działalności gospodarczej poprzez posiadanie zezwolenia, licencji lub koncesji na prowadzenie określonej działalności

* Osoba fizyczna nieprowadząca działalności gospodarczej: osoba fizyczna występująca w obrocie jako konsument, niebędąca przedsiębiorcą.



Szpital Miejski św. Jana Pawła II w Elblągu
ul. Komeńskiego 35 ; 82-300 Elbląg

tel. 55 230-41-84 , fax. 55 230-41-50

https://platformazakupowa.pl/pn/szpitalmiejski_elblag www.szpitalspecjalistyczny.elblag.pl e-mail: zamowienia@szpitalmiejski.elblag.pl

Postępowanie w trybie przetargu nieograniczonego na obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą, dobrowolne ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej z tytułu posiadanego mienia oraz prowadzenia działalności zakładu opieki zdrowotnej, ubezpieczenia mienia od wszystkich ryzyk, ubezpieczenie sprzętu biurowego all risk, ubezpieczenie sprzętu medycznego all risk

Nr sprawy:
ZP/49/2023

W nawiązaniu do ogłoszenia o przetargu nieograniczonego na obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą, dobrowolne ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej z tytułu posiadanego mienia oraz prowadzenia działalności zakładu opieki zdrowotnej, ubezpieczenia mienia od wszystkich ryzyk, ubezpieczenie sprzętu biurowego all risk, ubezpieczenie sprzętu medycznego all risk, składamy ofertę na:

Pakiet Nr 1

a) **netto 1.858.332,00 zł słownie: jeden milion osiemset pięćdziesiąt osiem tysięcy trzysta trzydzieści dwa zł.**

–wysokość podatku VAT:

b) brutto zł słownie:

Pakiet Nr 2

a) **netto 421.293,39 zł słownie: czterysta dwadzieścia jeden tysięcy dwieście dziewięćdziesiąt trzy zł 39/100 gr**

–wysokość podatku VAT:

b) brutto zł słownie:

Warunki płatności /przelew/:

1. Płatność w jednomiesięcznych ratach rozłożonych proporcjonalnie do okresu obowiązywania umowy, płatne do 27-go dnia każdego miesiąca.

Raty w wysokości:

1 rata 51.620,37 zł

2-12 rata 51.620,33 zł

13 rata 51.620,37 zł

14-24 51.620,33 zł

25 rata 51.620,37 zł

26-36 rata 51.620,33 zł

(pakiet nr 1)

Raty w wysokości: (pakiet Nr 2)

1 rata 11.702,75 zł

2-12 rata 11.702,58 zł

13 rata 11.702,75 zł

14-24 rata 11.702,58 zł

25 rata 11.702,75 zł

26-36 rata 11.702,58 zł

1. Wysokość odsetek za ewentualne nieterminowe płatności - nie wyższe niż ustawowe w skali roku

Klauzule fakultatywne:

PAKIET NR 1

L.P.	Nazwa klauzuli	Odpowiedź Wykonawcy TAK/NIE	Liczba punktów w przypadku odpowiedzi TAK
1	Klauzula płatności rat	TAK	15
2	Klauzula kosztów ewakuacji	NIE	20
3	Klauzula niezależnego arbitra	TAK	10



Szpital Miejski św. Jana Pawła II w Elblągu
ul. Komeńskiego 35 ; 82-300 Elbląg

tel. 55 230-41-84 , fax. 55 230-41-50

https://platformazakupowa.pl/pn/szpitalmiejski_elblagwww.szpitalspecjalistyczny.elblag.pl e-mail: zamowienia@szpitalmiejski.elblag.pl

Postępowanie w trybie przetargu nieograniczonego na obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą, dobrowolne ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej z tytułu posiadanego mienia oraz prowadzenia działalności zakładu opieki zdrowotnej, ubezpieczenia mienia od wszystkich ryzyk, ubezpieczenie sprzętu biurowego all risk, ubezpieczenie sprzętu medycznego all risk

Nr sprawy:
ZP/49/2023

	Łączna punktacja		45
--	-------------------------	--	----

PAKIET NR 2

L.P.	Nazwa klauzuli	Odpowiedź Wykonawcy TAK/NIE	Liczba punktów w przypadku odpowiedzi TAK
1	Klauzula zaliczki na poczet odszkodowania	NIE	15
2	Klauzula płatności rat	TAK	15
3	Klauzula aktów terroryzmu	TAK	15
4	Klauzula kosztów ewakuacji	TAK	20
5	Klauzula poszukiwania wycieków	TAK	15
6	Klauzula niezależnego arbitra	TAK	10
7	Klauzula ubezpieczenia uderzenia przez pojazd ubezpieczającego	TAK	10
8	Klauzula ubezpieczenia urządzeń zewnętrznych	TAK	10
9	Klauzula uproszczonej procedury likwidacji szkody o wartości do 5 000 zł	TAK	10
	Łączna punktacja		120

- Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z treścią Specyfikacji Warunków Zamówienia i nie wnosimy do niej zastrzeżeń oraz zdobyliśmy konieczne informacje do przygotowania oferty.
- Oświadczamy, że spełniamy wszystkie wymagania zawarte w **Załączniku nr 10 – Opis przedmiotu zamówienia**.
- Następujące części niniejszego zamówienia zamierzamy powierzyć następującym podwykonawcom:

Lp.	Nazwa części zamówienia	Firma podwykonawcy

- Oświadczamy, że zobowiązujemy się w przypadku realizacji zamówienia przy współudziale podwykonawców, do zawarcia umów z podwykonawcami zgodnie z postanowieniami art. 409 ustawy Prawo zamówień publicznych
- Oświadczamy, że zgodnie z art. 225 ustawy Pzp wybór naszej oferty (*zaznaczyć w odpowiednim miejscu. Kliknąć 2 x w oznaczony kwadrat, odznaczyć wartość domyślna: „zaznaczone”*):

- ☒ **Nie będzie** prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego, zgodnie z przepisami dotyczącymi podatku od towarów i usług,
- ☐ Będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego, zgodnie z przepisami dotyczącymi podatku od towarów i usług.

W związku z powyższym, oświadczamy, że świadczenie będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego to:

Lp.	Świadczenia(nazwa, rodzaj) będą prowadziły do powstania obowiązku podatkowego/ gdy nie dotyczy pozostawić bez wypełnienia	Wartość wskazanych towarów/usług bez podatku VAT



Szpital Miejski św. Jana Pawła II w Elblągu
ul. Komeńskiego 35 ; 82-300 Elbląg

tel. 55 230-41-84 , fax. 55 230-41-50

https://platformazakupowa.pl/pn/szpitalmiejski_elblagwww.szpitalspecjalistyczny.elblag.pl e-mail: zamowienia@szpitalmiejski.elblag.pl

Postępowanie w trybie przetargu nieograniczonego na obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą, dobrowolne ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej z tytułu posiadanego mienia oraz prowadzenia działalności zakładu opieki zdrowotnej, ubezpieczenia mienia od wszystkich ryzyk, ubezpieczenie sprzętu biurowego all risk, ubezpieczenie sprzętu medycznego all risk

Nr sprawy:
ZP/49/2023

Jeżeli Wykonawca błędnie określi powstanie u Zamawiającego obowiązku podatkowego, Zamawiający zastosuje się do art. 17 ustawy z dnia 11 marca 2004 r. o podatku od towarów i usług (t.j. Dz. U. z 2023 r., poz. 1570).

6. Zastrzeżenie Wykonawcy:

Niżej wymienione dokumenty składające się na ofertę nie mogą być ogólnie udostępnione:

BRAK

7. Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO¹ wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.²

8. **Osobą upoważnioną do kontaktów** z Zamawiającym jest Pani/Pan Urszula Gierczak telefon kontaktowy 666880197

Gdańsk , dnia 16/11/2023

Ofertę podpisano podpisem elektronicznym przez osobę/y uprawnioną/e do reprezentowania Wykonawcy/Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia

¹rozporządzenie 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).

²W 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).