



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: Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń ERGO HESTIA S.A. Przedstawicielstwo Korporacyjne w Gdańsku		
NIP: 5850001690	REGON: 002892238	
Adres: 81-731 Sopot, ul. Hestii 1		
Miejscowość: Sopot	Kod pocztowy: 81-731	Województwo: pomorskie
e-mail: izabela.adamczyk-tomasiak@ergohestia.pl		Tel: 508045741
Adres do korespondencji: 10-540 Olsztyn, ul. Dąbrowszczaków 21		
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_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

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 1 341 000,00 zł, słownie: jeden milion trzysta czterdzieści jeden tysięcy 00/100 zł.

- wysokość podatku VAT: -

b) brutto **1 341 000,00 zł, słownie: jeden milion trzysta czterdzieści jeden tysięcy 00/100 zł.**

Pakiet Nr 2

a) netto 424 260,00 zł słownie: czterysta dwadzieścia cztery tysiące dwieście sześćdziesiąt 00/100 zł.

- wysokość podatku VAT: -

b) brutto **424 260,00 zł słownie: czterysta dwadzieścia cztery tysiące dwieście sześćdziesiąt 00/100 zł.**

Warunki płatności /przelew/:

1. Płatność w jednomiesięcznych ratach rozłożonych proporcjonalnie do okresu obowiązywania umowy, płatne do 27-go dnia każdego miesiąca.
2. Raty w wysokości: **37 250,00 zł (pakiet Nr 1)**
3. Raty w wysokości: **11 785,00 zł (pakiet Nr 2)**
4. 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	TAK	20
3	Klauzula niezależnego arbitra	TAK	10
	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	NIE	20
5	Klauzula poszukiwania wycieków	NIE	15
6	Klauzula niezależnego arbitra	NIE	10
7	Klauzula ubezpieczenia uderzenia przez pojazd ubezpieczającego	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

8	Klauzula ubezpieczenia urządzeń zewnętrznych	NIE	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

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).

- Zastrzeżenie Wykonawcy:

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

-

- 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

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).



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

8. **Osobą upoważnioną do kontaktów** z Zamawiającym jest Pani/Pan Izabela Adamczyk-Tomasiak telefon kontaktowy 508 045 741

Elbląg, dnia 17 11 2023r.

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

UWAGI Wykonawcy - doprecyzowanie:

Formularz ofertowy uwzględnia zapisy i poziomy fransyz dla poszczególnych rodzajów ubezpieczeń zgodnie z tabelą ze strony 18 - Załącznika nr 10 Opis przedmiotu zamówienia 03112023 – w załączeniu do formularza.

OBLIGATORYJNE MAKSYMALNE FRANSZYZY I UDZIAŁY WŁASNE W UBEZPIECZENIACH DOBROWOLNYCH

Lp.	Wyszczególnienie	Wielkość graniczna/oferowana
1.	Dobrowolne ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej - franszyza integralna	Max. 1000,00 zł max. 5 %
2.	Ubezpieczenie ALL RISKJ iianszyza integriaina, Ubezpieczenie ALL RISKS- franszyza redukcyjna	Max. 1000 zł 500zł
3.	Ubezpieczenie od kradzieży z włamaniem i rabunku - franszyza integralna	Max. 300,00 zł
4.	Ubezpieczenie kradzieży zwykłej - franszyza integralna	Max. 300,00 zł
5.	Sprzęt elektroniczny stacjonarny w tym sprzęt medyczny i biurowy od awarii systemie all risks: - franszyza redukcyjna Sprzęt przenośny - franszyza redukcyjna	Max. 300,00 zł 250zł max. 10 % 5% odszkodowania nie mniej niż 500zł
6.	Ubezpieczenie szyb: Franszyza integralna:	20 ERO

Ponadto, Wykonawca oświadcza, że do oferty mają zastosowanie następujące Ogólne Warunki Ubezpieczenia:

Pakiet I

1. Dobrowolne ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej z tytułu prowadzenia działalności medycznej



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

Obowiązujące OWU: Ogólne Warunki Ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej lekarzy, farmaceutów i innych osób świadczących usługi o charakterze medycznym z dnia 24 września 2018 r. (kod: OC/OWO33/1809),

2. Dobrowolne ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej z tytułu prowadzonej działalności i posiadanego mienia

Obowiązujące OWU: Ogólne Warunki Ubezpieczenia Odpowiedzialności Cywilnej z Tytułu Prowadzenia Działalności z dnia 1 sierpnia 2021 r. (kod AB-OCD-01/21) STU ERGO Hestia SA;

Pakiet II

3. Obowiązujące OWU: Ogólne Warunki Kompleksowego Ubezpieczenia Mienia i Przerw w Działalności z dnia 1 sierpnia 2021r/kod AB-PDBI-01/21/,
4. Obowiązujące OWU: Ogólne Warunki Ubezpieczenia Sprzętu Elektronicznego z dnia 1 sierpnia 2021r /kod AB-EEI-01/21/.