**FORMULARZ ASORTYMENTOWO-CENOWY**

**34/DEG/AS/2023**

**Usługa ubezpieczenia Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Szpitala Psychiatrycznego**

1. Nazwa Wykonawcy …………………………………………………………………………………………………………………………
2. Adres Wykonawcy …………………………………………………………………………………………………………………………
3. Osobą uprawnioną do kontaktu z Zamawiającym jest: ...................................................................................................

nr telefonu /e-mail

..................................................................................................................................................

1. Adres do korespondencji …………………………………………………………………………………………………………………………
2. Oferujemy ubezpieczenie **Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Szpitala Psychiatrycznego, ul. Gliwicka 5, 44-180 Toszek**, w terminie wskazanym
w zaproszeniu do złożenia ofert w zakresie:

CZĘŚĆ 1

UBEZPIECZENIE MAJĄTKU

WYKONAWCA OFERUJE / WYKONAWCA NIE OFERUJE (skreślić niewłaściwe)

Łączna składka przedstawionej oferty za 12 miesięczny okres ubezpieczenia mienia od wszystkich ryzyk wynosi: .................................. zł brutto, (słownie złotych: ....................................................), w tym VAT zwolniony i płatna będzie przelewem, jednorazowo w terminie nie krótszym niż 14 dni od rozpoczęcia okresu ubezpieczenia.

**Łączna składka** przedstawionej oferty **na 24 miesięczny okres ubezpieczenia** .............................................zł,

(słownie złotych: ………………………............................................................................................................).

A. Ubezpieczenie mienia od wszystkich ryzyk

Składka za 24 miesięczny okres ubezpieczenia - ................................................ zł brutto,

w tym za roczny (12-miesięczny) okres ubezpieczenia - ............................................... zł brutto.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | Przedmiot ubezpieczenia | **Suma ubezpieczenia w zł** | **Stawka za roczny okres ubezpieczenia (%)** | **Składka za 12 miesięczny okres****ubezpieczenia (zł)** | **Składka za 24 miesięczny okres****ubezpieczenia (zł)** |
| 1. | Budynki szpitalne | 27 168 444 | ………… | ………… | ………… |
| 2. | Budynki mieszkalne | 2 026 390 | ………… | ………… | ………… |
| 3. | Budowle | 3 899 693 | ………… | ………… | ………… |
| 5. | Środki trwałe – maszyny, urządzenia, wyposażenie | 6 953 326 | ………… | ………… | ………… |
| 6. | Środki obrotowe | 80 0000 | ………… | ………… | ………… |
| 7. | Wartości pieniężne  | 100 000,00 | ………… | ………… | ………… |

**LIMITY ODPOWIEDZIALNOŚCI** dla szkód powstałych w wyniku kradzieży z włamaniem, rabunku

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **LP.** | **PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA** | **LIMIT** **ODPOWIEDZIALNOŚCI W ZŁ** | **Stawka za roczny okres ubezpieczenia****w %** | **Składka za 12 miesięczny okres** **ubezpieczenia** **w zł** | **Składka za 24 miesięczny okres** **ubezpieczenia** **w zł** |
| 1. | Środki trwałe | 50.000,00 zł | ………… | ………… | ………… |
| 2. | Środki obrotowe | 10.000,00 zł | ………… | ………… | ………… |
| 3. | Gotówka i inne wartości pieniężne w lokalu | 100.000,00 zł | ………… | ………… | ………… |
| 4. | Dewastacja /wandalizm | 100.000,00 zł | ………… | ………… | ………… |

**B. Ubezpieczenie sprzętu elektronicznego od wszystkich ryzyk**

Składka za 24 miesięczny okres ubezpieczenia - ............................. zł brutto,

w tym za roczny (12-miesięczny) okres ubezpieczenia - ............................................... zł brutto,

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **LP.** | **PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA** | **SUMA UBEZPIECZENIA W ZŁ** | **Stawka za roczny okres ubezpieczenia****w %** | **Składka za 12 miesięczny okres** **ubezpieczenia** **w zł** | **Składka za 24 miesięczny okres** **ubezpieczenia** **w zł** |
| 1. | Sprzęt medyczny stacjonarny | 1 180 800,00 | ………… | ………… | ………… |
| 2. | Sprzęt medyczny przenośny | 43 190,00 | ………… | ………… | ………… |
| 3. | Sprzęt elektroniczny stacjonarny | 997 160,00 | ………… | ………… | ………… |
| 4. | Oprogramowanie, dane, koszy odtworzenia danych | 191 633,00 | ………… | ………… | ………… |

CZĘŚĆ 2

**OBOWIĄZKOWE UBEZPIECZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI CYWILNEJ**

**PODMIOTU WYKONUJĄCEGO DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ**

WYKONAWCA OFERUJE / WYKONAWCA NIE OFERUJE (skreślić niewłaściwe)

Łączna składka przedstawionej oferty za 12 miesięczny okres ubezpieczenia wynosi: .................................. zł brutto, (słownie złotych: ....................................................), w tym VAT zwolniony. i płatna będzie przelewem w czterech równych ratach kwartalnych dla każdego rocznego okresu ubezpieczenia. Pierwsza rata płatna w terminie nie krótszym niż 14 dni od rozpoczęcia okresu ubezpieczenia.

Łączna składka przedstawionej oferty za 24 miesięczny okres ubezpieczenia wynosi: .................................. zł brutto, (słownie złotych: ....................................................), w tym VAT zwolniony

**CZĘŚĆ 3**

**DOBROWOLNE UBEZPIECZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI CYWILNEJ** **Z TYTUŁU PROWADZONEJ DZIAŁALNOŚCI I POSIADANIA MIENIA Z WYŁĄCZENIEM SZKÓD OSOBOWYCH BĘDĄCYCH NASTĘPSTWEM UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH**

WYKONAWCA OFERUJE / WYKONAWCA NIE OFERUJE (skreślić niewłaściwe)

Łączna składka przedstawionej oferty za 12 miesięczny okres ubezpieczenia wynosi: .................................. zł brutto, (słownie złotych: ....................................................), w tym VAT zwolniony i płatna będzie przelewem w czterech równych ratach kwartalnych. Pierwsza rata płatna w terminie nie krótszym niż 14 dni od rozpoczęcia okresu ubezpieczenia.

Łączna składka przedstawionej oferty za 24 miesięczny okres ubezpieczenia wynosi: .................................. zł brutto, (słownie złotych: ....................................................), w tym VAT zwolniony.

W kwestiach powyżej nieuregulowanych do umowy mają zastosowanie następujące ogólne warunki ubezpieczenia:

* 1. W zakresie CZĘŚCI 1 ……………………………………………………………..
	2. W zakresie CZĘŚCI 2 ………………………………………………………………
	3. W zakresie CZĘŚCI 3 ……………………………………………………………..

***UWAGA!***

1. ***Dokument należy podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub osobistym przez osobę/osoby uprawnioną/uprawnione do reprezentowanie Wykonawcy.***
2. ***Nanoszenie jakichkolwiek zmian w treści dokumentu po opatrzeniu ww. podpisem może skutkować naruszeniem integralności podpisu, a w konsekwencji skutkować odrzuceniem oferty.***
3. ***Zamawiający dopuszcza złożenie skanu dokumentu podpisanego podpisem własnoręcznym przez osobę upoważnioną wraz z pieczęcią i datą dokumentu.***