Załącznik 1 do zaproszenia do składania ofert - formularz oferty

Zn. spr.: SA.270.3.2022

**Wykonawca:**

…………………………………………

…………………………………………

 *(pełna nazwa, adres)*

reprezentowany przez:

……………………………………………

*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

telefon: ……………………………..

fax: ………………………………….

e-mail: ……………………………….

**Skarb Państwa -**

**Państwowe Gospodarstwo Leśne Lasy Państwowe**

**Nadleśnictwo Świeradów**

**ul. 11 Listopada 1**

**59-850 Świeradów Zdrój**

**OFERTA**

na wykonanie zadania pod nazwą: **„Grupowe ubezpieczenie zdrowotne wraz z medycyną pracy dla pracowników oraz członków rodzin pracowników Nadleśnictwa Świeradów”**

Oświadczam, że:

1. Zapoznałem się z opisem przedmiotu zamówienia i nie wnoszę do niego zastrzeżeń.
2. Oferuję/my wykonanie przedmiotu zamówienia, za cenę:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Cena netto (zł.) | Podatek VAT (zł.) | Cena brutto (zł.) |
| WARIANT I |  |  |  |
| WARIANT II |  |  |  |
| WARIANT III |  |  |  |

Cenę dla poszczególnych wariantów należy podać za cały okres realizacji zamówienia – tj. 12 miesięcy.

WARIANT I: słownie złotych (brutto): ………………………………..………………………

WARIANT II: słownie złotych (brutto): ………………………………..………………………

WARIANT III: słownie złotych (brutto): ………………………………..………………………

1. Liczba placówek bezgotówkowych na terenie powiatów: karkonoskiego, lubańskiego, zgorzeleckiego, bolesławieckiego, lwóweckiego (proszę podać pełna nazwę placówki wraz z adresem)\*:
2. …………………………………………………………………….
3. ……………………………………………………………………

**\*Należy dostosować do ilości placówek**

1. Zwrot kosztów za usługi medyczne poza placówkami\*:
2. zaoferowanie refundacji od 75 - 100 %
3. zaoferowanie refundacji od 60 - 74 %
4. zaoferowanie refundacji od 0 - 59 %

**\*Należy niewłaściwe skreślić**

1. Odpłatność badań w ramach oferty\*
a) Oferuję bezpłatne badania w ramach oferty
	* 1-3 badania
	* 4-6 badań
	* powyżej 6 badań

 b) Brak bezpłatnych badań w ramach oferty

**\*Należy niewłaściwe skreślić**

1. Wizyty u specjalistów bez skierowań\*
2. Oferuję nielimitowane wizyty u specjalistów bez skierowań
3. Oferuję wizyty u specjalistów limitowane bądź ze skierowaniem

**\*Należy niewłaściwe skreślić**

1. Okres wypowiedzenia polisy\*
2. 1- miesięczny okres wypowiedzenia polisy
3. powyżej 1 miesięcznego okresu wypowiedzenia polisy

 **\*Należy niewłaściwe skreślić**

1. Szczepienia ochronne poza medycyną pracy\*
2. Oferuję szczepienia ochronne poza medycyną pracy dla pracowników i członów ich rodzin w ramach oferty
3. Brak szczepień ochronnych poza medycyną pracy w ramach oferty

**\*Należy niewłaściwe skreślić**

1. Informujemy, że wybór oferty nie będzie/będzie\* prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług.

Rodzaj usługi, której świadczenie będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług (VAT):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Wartość ww. usługi bez kwoty podatku od towarów i usług (VAT) wynosi: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PLN.

1. W cenie oferty uwzględnione zostały wszystkie koszty niezbędne do należytego wykonania zamówienia.
2. Oświadczam, że uzyskałem wszelkie informacje niezbędne do przygotowania niniejszej oferty. W przypadku wyboru mojej oferty zobowiązuję się do zawarcia umowy zgodnej z niniejszą ofertą w terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
3. Oświadczam, że uważam się związanym niniejszą ofertą przez 30 dni od dnia złożenia oferty.
4. Następujące informacje zawarte w mojej ofercie stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Uzasadnienie zastrzeżenia ww. informacji jako tajemnicy przedsiębiorstwa zostało załączone do naszej oferty.

1. Wszelką korespondencję w sprawie niniejszego postępowania należy kierować na adres: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 e-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Do kontaktów z Zamawiającym wyznaczam osobę:

……………………………… (*imię i nazwisko*)

tel. …………………………….

e-mail …………………………

1. Oświadczamy, iż realizując zamówienie będziemy stosować przepisy rozporządzenia 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 2016 r. nr. 119 s. 1 – „RODO”).
2. Oświadczamy, że wypełniliśmy obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskaliśmy w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.
3. Załącznikami do niniejszej oferty są:
4. dokument potwierdzający prowadzenia działalności związanej z przedmiotem zamówienia
5. dokument potwierdzający uprawnienie osoby podpisującej ofertę do reprezentowania Wykonawcy.
6. zezwolenie na wykonywanie działalności ubezpieczeniowej, o którym mowa w ustawie z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (tekst jednolity Dz. U. z 2020 r. poz. 895)
7. wzór umowy – polisy
8. …………………………………………..

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

 ………………………………………………………………………

 *(podpis Wykonawcy)*

*Należy podpisać/zaparafować wszystkie strony oferty*