Załącznik 1 do zaproszenia do składania ofert – formularz oferty

Zn. spr.: SA.270.21.2022

**Wykonawca:**

……………………………………………………………

……………………………………………………………

*(pełna nazwa, adres)*

reprezentowany przez:

……………………………………………………………

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

telefon: ……………………………..

fax: ………………………………….

e-mail: ……………………………….

Nr rachunku bankowego Wykonawcy:………………………………………………

**OFERTA**

Nawiązując do zaproszenia do składania ofert na ,, **Grupowe ubezpieczenie zdrowotne z kompleksowym leczeniem stomatologicznym 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. posiadam uprawnienia do wykonywania określonej działalności lub czynności, jeżeli przepisy prawa nakładają obowiązek ich posiadania, posiadam odpowiednią wiedzę i doświadczenie, dysponuję potencjałem technicznym i kadrowym oraz znajduję się w sytuacji ekonomicznej i finansowej gwarantującej należyte wykonanie zamówienia.
3. cena ryczałtowa za realizację przedmiotu zamówienia przez 12 miesięcy wynosi:

**Cena brutto roczna (12 miesięcy) (WARIANT I + WARIANT II + WARIANT III) ……………………………… [PLN]**

(słownie) ………………………………………………………............................................. [PLN] **w tym:**

**Cena brutto** **roczna (12 miesięcy) (WARIANT I): …………………………………… [PLN]**

**Cena brutto roczna (12 miesięcy) (WARIANT II): …………………………………… [PLN]**

**Cena brutto roczna (12 miesięcy) (WARIANT III): ......................................[PLN]**

Na wskazaną całoroczną cenę składają się:

* Cena brutto(WARIANT I + WARIANT II + WARIANT III)  **za 1 miesiąc: ………………………………………………..**

**Następne kryteria oferowanych usług:** (w pkt. 1 wpisać ilość, w pkt. 2-8skreślić Tak lub Nie)

1. ***Liczba placówek bezgotówkowych na terenie powiatów: karkonoskiego, lubańskiego, zgorzeleckiego, bolesławieckiego, lwóweckiego – ........... szt.***
2. ***Zwrot kosztów za usługi medyczne realizowane gotówkowo poza siecią partnerską*** *:   
   oferowanie refundacji za leczenie w dowolnie wybranej placówce bez limitu miesięcznego lub kwartalnego – Tak/Nie*

*oferowanie refundacji z limitem – Tak/Nie*

1. ***Wizyty u specjalistów bez skierowań****:*

*oferowanie nielimitowanych wizyt u specjalistów bez skierowań – Tak/Nie*

*oferowanie wizyty u specjalistów limitowanych bądź ze skierowaniem – Tak/Nie*

1. ***Okres wypowiedzenia polisy:***

*miesięczny okres wypowiedzenia polisy – Tak/Nie*

*powyżej 1- miesięcznego okresu wypowiedzenia polisy – Tak/Nie*

1. ***Szczepienia ochronne poza medycyną pracy:***

*oferowanie szczepień ochronnych poza medycyną pracy dla pracowników i członków ich rodzin w ramach oferty – Tak/Nie  
brak oferowania szczepień ochronnych poza medycyną pracy w ramach oferty – Tak/Nie*

1. ***Kompleksowe leczenie stomatologiczne:***

*oferowanie nielimitowanych usług z zakresu stomatologii zachowawczej i chirurgicznej w ramach oferty bezgotówkowej – Tak/Nie*

*oferowanie ograniczonego leczenia stomatologicznego – Tak/Nie*

1. ***Nielimitowane domowe wizyty lekarskie i pielęgniarskie :***

*oferowanie nielimitowanych domowych wizyt lekarskich i pielęgniarskich– Tak/Nie*

*oferowanie wizyt lekarskich i pielęgniarskich limitowanych – Tak/Nie*

1. ***Odpłatność badań w ramach ofert:***

*oferowanie bezpłatnych badań w ramach ofert – Tak/Nie*

*oferowanie odpłatnych badań w ramach ofert – Tak/Nie*

1. Załącznikami do niniejszej oferty są

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Oferta została złożona na kolejno ponumerowanych stronach.

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

………………………………………………………………………

*(podpis Wykonawcy)*