

(pieczęć Wykonawcy)

# O F E R T A

**Nazwa (firma) Wykonawcy:**

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

**Adres Wykonawcy:**

.....  
.....  
.....  
telefon: ..... faks: ..... email: .....

Nazwa (firma) oraz adres Zamawiającego:

*Gmina Miasto Zgierz  
plac Jana Pawła II 16 , 95-100 Zgierz*

**Odpowiadając na publiczne ogłoszenie o zamówieniu przeprowadzanym**

**w trybie przetargu nieograniczonego**

**na usługę**  
(roboty budowlane, usługę, dostawę)

**którego przedmiotem jest:**

**„Ubezpieczenie grupowe na życie  
dla pracowników Urzędu Miasta Zgierza,  
jednostek organizacyjnych Gminy Miasto Zgierz  
oraz „Wodociągi i Kanalizacja – Zgierz” Sp. z o.o.”**

Podpis Wykonawcy .....

- o f e r u j ę      w y k o n a n i e      z a m ó w i e n i a  
będącego przedmiotem ww. ogłoszenia o ś w i a d c z a j ą c,      ż e:

**1. Wykonam zamówienie**

<p>za cenę (łącznie z należnym VAT ***): ..... zł, słownie złotych: .....</p> <p>[ a w przypadku <del>dostawy</del>* lub usługi* ] <b>informując</b> dodatkowo (poprzez zakreślenie poniższego, odpowiedniego kwadratu), że wybór oferty</p> <p>A) <input type="checkbox"/> nie będzie prowadził / B**) <input type="checkbox"/> będzie prowadził</p> <p>do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego, na podstawie art. 91 ust. 3a ustawy z dnia 29 stycznia 2004 roku – Prawo zamówień publicznych.</p> <p><b>** UWAGA: W przypadku „B” - patrz odpowiednie wymagania określone w pkt. 17.20 SIWZ.</b></p> <p><b>*** UWAGA: W przypadku zwolnienia z VAT należy wpisać: „ Z W O L N I O N Y”.</b></p>
---

Należy wpisać cenę za trzyletni okres ochrony, obliczoną zgodnie z kalkulacją oferty cenowej, przedstawionej w punkcie 1.1. poniżej, wg wzorów podanych w pkt 15.2. SIWZ).

Zgodnie z Ustawą z dnia 11 marca 2004 r. o podatku od towarów i usług, usługi ubezpieczeniowe są zwolnione z podatku VAT, a podane w ofercie ceny są cenami brutto.

Cena jednostkowa (składka miesięczna za jedną osobę ubezpieczoną) określona przez Wykonawcę w ofercie, nie będzie zmieniana w toku realizacji przedmiotu zamówienia i nie będzie podlegała waloryzacji.

**1.1. Akceptujemy następujące klauzule rozszerzające zakres ochrony ubezpieczeniowej:**

OKREŚLENIE	AKCEPTACJA
Klauzula wystąpienia choroby śmiertelnej	

UWAGA:  
*Wykonawca zobowiązany jest wpisać w rubryce „Akceptacja” słowo: „TAK’ lub „NIE”*

**1.2. Powyżej podana cena dotyczy realizacji umowy ubezpieczenia z wysokościami świadczeń podanymi w kolumnie D poniższych tabeli świadczeń dla każdego wariantu:**

Podpis Wykonawcy .....

Lp.	Rodzaj świadczenia	WARIANT I	
		Wymagana przez Zamawiającego minimalna wysokość świadczenia (zł)	Wysokość świadczenia, oferta Wykonawcy (zł)
A	B	C	D
1	Zgon Ubezpieczonego	32 900,00 zł	
2	Zgon Ubezpieczonego wskutek wypadku	65 800,00 zł	
3	Zgon Ubezpieczonego wskutek wypadku komunikacyjnego	97 300,00 zł	
4	Zgon Ubezpieczonego wskutek wypadku w trakcie wykonywania czynności zawodowych	97 300,00 zł	
5	Zgon Ubezpieczonego wskutek wypadku komunikacyjnego w trakcie wykonywania czynności zawodowych	128 800,00 zł	
6	Zgon Ubezpieczonego wskutek zawału serca/ udaru mózgu	46 900,00 zł	
7	Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego powstały wskutek wypadku – za 1%	280,00 zł	
8	Trwały Uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego powstały wskutek zawału serca/ udaru mózgu - za 1%	280,00 zł	
9	Niezdolność Ubezpieczonego do pracy	6 000,00 zł	
10	Zgon współmałżonka/ partnera życiowego	12 600,00 zł	
11	Zgon współmałżonka/ partnera życiowego wskutek wypadku	22 600,00 zł	
12	Zgon dziecka	3 600,00 zł	
13	Urodzenie się dziecka Ubezpieczonemu	1 400,00 zł	
14	Urodzenie martwego dziecka	2 800,00 zł	
15	Osierocenie dziecka przez Ubezpieczonego	3 000,00 zł	
16	Zgon rodzica / rodzica współmałżonka/ partnera Ubezpieczonego	1 700,00 zł	
17	Dzienne świadczenie szpitalne Ubezpieczonego	100,00 zł/ dzień – do 14 dnia pobytu spowodowanego wypadkiem	
		40,00 zł/ dzień – od 15 dnia pobytu spowodowanego wypadkiem	
		40,00 zł/ dzień – pobyt spowodowany chorobą	
		120,00 zł/ dzień – do 14 dnia pobytu spowodowanego wypadkiem komunikacyjnym	
		120,00 zł/ dzień – do 14 dnia pobytu spowodowanego wypadkiem w trakcie wykonywania czynności zawodowych	
		140,00 zł/ dzień – do 14 dnia pobytu spowodowanego wypadkiem komunikacyjnym w trakcie wykonywania czynności zawodowych	
		60,00 zł/ dzień – do 14 dnia pobytu spowodowanego zawałem serca lub udarem mózgu	
		80,00 zł/ dzień pobytu lub 400,00 zł - świadczenie jednorazowe – pobyt na OIOM/OIT	
18	Poważne zachorowanie Ubezpieczonego – wariant I	3 500,00 zł	
19	Poważne zachorowanie współmałżonka/ partnera Ubezpieczonego	1 800,00 zł	
<b>Składka miesięczna za jedną osobę objętą ochroną ubezpieczeniową</b>		<b>Dopuszczalna przez Zamawiającego maksymalna wysokość składki (zł)</b>	<b>Wysokość składki, oferta Wykonawcy (zł)</b>
		<b>41,70 zł</b>	

Podpis Wykonawcy .....

Lp.	Rodzaj świadczenia	WARIANT II	
		Wymagana przez Zamawiającego minimalna wysokość świadczenia (zł)	Wysokość świadczenia, oferta Wykonawcy (zł)
A	B	C	D
1	Zgon Ubezpieczonego	42 000,00 zł	
2	Zgon Ubezpieczonego wskutek wypadku	84 000,00 zł	
3	Zgon Ubezpieczonego wskutek wypadku komunikacyjnego	126 000,00 zł	
4	Zgon Ubezpieczonego wskutek wypadku w trakcie wykonywania czynności zawodowych	126 000,00 zł	
5	Zgon Ubezpieczonego wskutek wypadku komunikacyjnego w trakcie wykonywania czynności zawodowych	168 000,00 zł	
6	Zgon Ubezpieczonego wskutek zawału serca/ udaru mózgu	70 000,00 zł	
7	Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego powstały wskutek wypadku – za 1%	420,00 zł	
8	Trwały Uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego powstały wskutek zawału serca/ udaru mózgu - za 1%	300,00 zł	
9	Niezdolność Ubezpieczonego do pracy	14 000,00 zł	
10	Zgon współmałżonka/ partnera życiowego	14 000,00 zł	
11	Zgon współmałżonka/ partnera życiowego wskutek wypadku	28 000,00 zł	
12	Zgon dziecka	4 200,00 zł	
13	Urodzenie się dziecka Ubezpieczonemu	1 500,00 zł	
14	Urodzenie martwego dziecka	3 000,00 zł	
15	Osierocenie dziecka przez Ubezpieczonego	5 600,00 zł	
16	Zgon rodzica / rodzica współmałżonka/ partnera Ubezpieczonego	2 100,00 zł	
17	Dzienne świadczenie szpitalne Ubezpieczonego	140,00 zł/ dzień – do 14 dnia pobytu spowodowanego wypadkiem	
		70,00 zł/ dzień – od 15 dnia pobytu spowodowanego wypadkiem	
		70,00 zł/ dzień – pobyt spowodowany chorobą	
		190,00 zł/ dzień – do 14 dnia pobytu spowodowanego wypadkiem komunikacyjnym	
		190,00 zł/ dzień – do 14 dnia pobytu spowodowanego wypadkiem w trakcie wykonywania czynności zawodowych	
		240,00 zł/ dzień – do 14 dnia pobytu spowodowanego wypadkiem komunikacyjnym w trakcie wykonywania czynności zawodowych	
		140,00 zł/ dzień – do 14 dnia pobytu spowodowanego zawałem serca lub udarem mózgu	
		100,00 zł/ dzień pobytu lub 500,00 zł - świadczenie jednorazowe – pobyt na OIOM/OIT	
28,00 zł/ dzień – do 30 dnia rekonwalescencji			
18	Leczenie specjalistyczne Ubezpieczonego	4 000,00 zł	
19	Poważne zachorowanie Ubezpieczonego – wariant II	8 000,00 zł	
20	Poważne zachorowanie współmałżonka/ partnera Ubezpieczonego	2 000,00 zł	
21	Poważne zachorowanie dziecka Ubezpieczonego	4 200,00 zł	
22	Operacje chirurgiczne Ubezpieczonego	Suma Ubezpieczenia 4 000,00 zł	
23	Świadczenia assistance	Świadczenie wymagane – bez określonej wysokości świadczenia	
Składka miesięczna za jedną osobę objętą ochroną ubezpieczeniową		Dopuszczalna przez Zamawiającego maksymalna wysokość składki (zł)	Wysokość składki, oferta Wykonawcy (zł)
		46,80 zł	

Podpis Wykonawcy .....

Lp.	Rodzaj świadczenia	WARIANT III	
		Wymagana przez Zamawiającego minimalna wysokość świadczenia (zł)	Wysokość świadczenia, oferta Wykonawcy (zł)
A	B	C	D
1	Zgon Ubezpieczonego	45 000,00 zł	
2	Zgon Ubezpieczonego wskutek wypadku	90 000,00 zł	
3	Zgon Ubezpieczonego wskutek wypadku komunikacyjnego	150 000,00 zł	
4	Zgon Ubezpieczonego wskutek wypadku w trakcie wykonywania czynności zawodowych	150 000,00 zł	
5	Zgon Ubezpieczonego wskutek wypadku komunikacyjnego w trakcie wykonywania czynności zawodowych	190 000,00 zł	
6	Zgon Ubezpieczonego wskutek zawału serca/ udaru mózgu	70 000,00 zł	
7	Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego powstały wskutek wypadku – za 1%	383,00 zł	
8	Trwały Uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego powstały wskutek zawału serca/ udaru mózgu - za 1%	320,00 zł	
9	Niezdolność Ubezpieczonego do pracy	10 000,00 zł	
10	Niezdolność Ubezpieczonego do pracy wskutek wypadku	20 000,00 zł	
11	Zgon współmałżonka/ partnera życiowego	15 000,00 zł	
12	Zgon współmałżonka/ partnera życiowego wskutek wypadku	30 000,00 zł	
13	Zgon dziecka	2 750,00 zł	
14	Urodzenie się dziecka Ubezpieczonemu	1 400,00 zł	
15	Urodzenie martwego dziecka	2 800,00 zł	
16	Osierocenie dziecka przez Ubezpieczonego	3 700,00 zł	
17	Zgon rodzica / rodzica współmałżonka/ partnera Ubezpieczonego	1 900,00 zł	
18	Dzienne świadczenie szpitalne Ubezpieczonego	165,00 zł/ dzień – do 14 dnia pobytu spowodowanego wypadkiem	
		45,00 zł/ dzień – od 15 dnia pobytu spowodowanego wypadkiem	
		45,00 zł/ dzień – pobyt spowodowany chorobą	
		200,00 zł/ dzień – do 14 dnia pobytu spowodowanego wypadkiem komunikacyjnym	
		200,00 zł/ dzień – do 14 dnia pobytu spowodowanego wypadkiem w trakcie wykonywania czynności zawodowych	
		240,00 zł/ dzień – do 14 dnia pobytu spowodowanego wypadkiem komunikacyjnym w trakcie wykonywania czynności zawodowych	
		120,00 zł/ dzień – do 14 dnia pobytu spowodowanego zawałem serca lub udarem mózgu	
		160,00 zł/dzień pobytu lub 800,00 zł - świadczenie jednorazowe – pobyt na OIOM/OIT	
25,00 zł/ dzień – do 30 dnia rekonwalescencji			
19	Leczenie specjalistyczne Ubezpieczonego	5 000,00 zł	
20	Poważne zachorowanie Ubezpieczonego – wariant I	7 000,00 zł	
21	Poważne zachorowanie dziecka Ubezpieczonego	3 000,00 zł	
22	Operacje chirurgiczne Ubezpieczonego	Suma Ubezpieczenia 3 500,00 zł	
23	Karta Apteczna	300,00 zł	
24	Świadczenia assistance	Świadczenie wymagane – bez określonej wysokości świadczenia	
Składka miesięczna za jedną osobę objętą ochroną ubezpieczeniową		Dopuszczalna przez Zamawiającego maksymalna wysokość składki (zł)	Wysokość składki, oferta Wykonawcy (zł)
		50,80 zł	

Podpis Wykonawcy .....

Lp.	Rodzaj świadczenia	WARIANT IV	
		Wymagana przez Zamawiającego minimalna wysokość świadczenia (zł)	Wysokość świadczenia, oferta Wykonawcy (zł)
A	B	C	D
1	Zgon Ubezpieczonego	50 000,00 zł	
2	Zgon Ubezpieczonego wskutek wypadku	100 000,00 zł	
3	Zgon Ubezpieczonego wskutek wypadku komunikacyjnego	150 000,00 zł	
4	Zgon Ubezpieczonego wskutek wypadku w trakcie wykonywania czynności zawodowych	150 000,00 zł	
5	Zgon Ubezpieczonego wskutek wypadku komunikacyjnego w trakcie wykonywania czynności zawodowych	200 000,00 zł	
6	Zgon Ubezpieczonego wskutek zawału serca/ udaru mózgu	90 000,00 zł	
7	Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego powstały wskutek wypadku – za 1%	400,00 zł	
8	Trwały Uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego powstały wskutek zawału serca/ udaru mózgu - za 1%	400,00 zł	
9	Niezdolność Ubezpieczonego do pracy	20 000,00 zł	
10	Zgon współmałżonka/ partnera życiowego	20 000,00 zł	
11	Zgon współmałżonka/ partnera życiowego wskutek wypadku	40 000,00 zł	
12	Zgon dziecka	5 000,00 zł	
13	Urodzenie się dziecka Ubezpieczonemu	1 700,00 zł	
14	Urodzenie martwego dziecka	3 400,00 zł	
15	Osierocenie dziecka przez Ubezpieczonego	8 000,00 zł	
16	Zgon rodzica / rodzica współmałżonka/ partnera Ubezpieczonego	2 443,00 zł	
17	Dzienne świadczenie szpitalne Ubezpieczonego	160,00 zł/ dzień – do 14 dnia pobytu spowodowanego wypadkiem	
		60,00 zł/ dzień – od 15 dnia pobytu spowodowanego wypadkiem	
		60,00 zł/ dzień – pobyt spowodowany chorobą	
		210,00 zł/ dzień – do 14 dnia pobytu spowodowanego wypadkiem komunikacyjnym	
		210,00 zł/ dzień – do 14 dnia pobytu spowodowanego wypadkiem w trakcie wykonywania czynności zawodowych	
		260,00 zł/ dzień – do 14 dnia pobytu spowodowanego wypadkiem komunikacyjnym w trakcie wykonywania czynności zawodowych	
		160,00 zł/ dzień – do 14 dnia pobytu spowodowanego zawałem serca lub udarem mózgu	
		100,00 zł/dzień pobytu lub 500,00 zł - świadczenie jednorazowe – pobyt na OIOM/OIT	
	22,50 zł/ dzień – do 30 dnia rekonwalescencji		
18	Leczenie specjalistyczne Ubezpieczonego	4 000,00 zł	
19	Poważne zachorowanie Ubezpieczonego – wariant I	6 000,00 zł	
20	Poważne zachorowanie współmałżonka/ partnera Ubezpieczonego	2 500,00 zł	
21	Poważne zachorowanie dziecka Ubezpieczonego	10 000,00 zł	
22	Operacje chirurgiczne Ubezpieczonego	Suma Ubezpieczenia 2 500,00 zł	
23	Karta Apteczna	200,00 zł	
24	Świadczenia assistance	Świadczenie wymagane – bez określonej wysokości świadczenia	
Składka miesięczna za jedną osobę objętą ochroną ubezpieczeniową		Dopuszczalna przez Zamawiającego maksymalna wysokość składki (zł)	Wysokość składki, oferta Wykonawcy (zł)
		53,00 zł	

Podpis Wykonawcy .....

Lp.	Rodzaj świadczenia	WARIANT V	
		Wymagana przez Zamawiającego minimalna wysokość świadczenia (zł)	Wysokość świadczenia, oferta Wykonawcy (zł)
A	B	C	D
1	Zgon Ubezpieczonego	67 500,00 zł	
2	Zgon Ubezpieczonego wskutek wypadku	135 000,00 zł	
3	Zgon Ubezpieczonego wskutek wypadku komunikacyjnego	200 000,00 zł	
4	Zgon Ubezpieczonego wskutek wypadku w trakcie wykonywania czynności zawodowych	200 000,00 zł	
5	Zgon Ubezpieczonego wskutek wypadku komunikacyjnego w trakcie wykonywania czynności zawodowych	265 000,00 zł	
6	Zgon Ubezpieczonego wskutek zawału serca/ udaru mózgu	104 500,00 zł	
7	Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego powstały wskutek wypadku – za 1%	530,00 zł	
8	Trwały Uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego powstały wskutek zawału serca/ udaru mózgu - za 1%	530,00 zł	
9	Niezdolność Ubezpieczonego do pracy	20 000,00 zł	
10	Zgon współmałżonka/ partnera życiowego	17 000,00 zł	
11	Zgon współmałżonka/ partnera życiowego wskutek wypadku	29 000,00 zł	
12	Zgon dziecka	6 500,00 zł	
13	Urodzenie się dziecka Ubezpieczonemu	1 700,00 zł	
14	Urodzenie martwego dziecka	3 400,00 zł	
15	Osierocenie dziecka przez Ubezpieczonego	5 500,00 zł	
16	Zgon rodzica / rodzica współmałżonka/ partnera Ubezpieczonego	2 290,00 zł	
17	Dzienne świadczenie szpitalne Ubezpieczonego	190,00 zł/ dzień – do 14 dnia pobytu spowodowanego wypadkiem	
		190,00 zł/ dzień – od 15 dnia pobytu spowodowanego wypadkiem	
		57,00 zł/ dzień – pobyt spowodowany chorobą	
		240,00 zł/ dzień – do 14 dnia pobytu spowodowanego wypadkiem komunikacyjnym	
		240,00 zł/ dzień – do 14 dnia pobytu spowodowanego wypadkiem w trakcie wykonywania czynności zawodowych	
		290,00 zł/ dzień – do 14 dnia pobytu spowodowanego wypadkiem komunikacyjnym w trakcie wykonywania czynności zawodowych	
		122,00 zł/ dzień – do 14 dnia pobytu spowodowanego zawałem serca lub udarem mózgu	
		110,00 zł/dzień pobytu lub 550,00 zł - świadczenie jednorazowe – pobyt na OIOM/OIT	
30,00 zł/ dzień – do 30 dnia rekonwalescencji			
18	Leczenie specjalistyczne Ubezpieczonego	4 500,00 zł	
19	Poważne zachorowanie Ubezpieczonego – wariant II	8 510,00 zł	
20	Poważne zachorowanie współmałżonka/ partnera Ubezpieczonego	2 500,00 zł	
21	Operacje chirurgiczne Ubezpieczonego	Suma Ubezpieczenia 1 900,00 zł	
22	Karta Apteczna	210,00 zł	
23	Świadczenia assistance	Świadczenie wymagane – bez określonej wysokości świadczenia	
Składka miesięczna za jedną osobę objętą ochroną ubezpieczeniową		Dopuszczalna przez Zamawiającego maksymalna wysokość składki (zł)	Wysokość składki, oferta Wykonawcy (zł)
		57,35 zł	

Podpis Wykonawcy .....

Lp.	Rodzaj świadczenia	WARIANT VI	
		Wymagana przez Zamawiającego minimalna wysokość świadczenia (zł)	Wysokość świadczenia, oferta Wykonawcy (zł)
A	B	C	D
1	Zgon Ubezpieczonego	57 000,00 zł	
2	Zgon Ubezpieczonego wskutek wypadku	114 000,00 zł	
3	Zgon Ubezpieczonego wskutek wypadku komunikacyjnego	164 000,00 zł	
4	Zgon Ubezpieczonego wskutek wypadku w trakcie wykonywania czynności zawodowych	171 000,00 zł	
5	Zgon Ubezpieczonego wskutek wypadku komunikacyjnego w trakcie wykonywania czynności zawodowych	221 000,00 zł	
6	Zgon Ubezpieczonego wskutek zawału serca/ udaru mózgu	105 000,00 zł	
7	Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego powstały wskutek wypadku – za 1%	460,00 zł	
8	Trwały Uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego powstały wskutek zawału serca/ udaru mózgu - za 1%	500,00 zł	
9	Niezdolność Ubezpieczonego do pracy	20 000,00 zł	
10	Zgon współmałżonka/ partnera życiowego	21 000,00 zł	
11	Zgon współmałżonka/ partnera życiowego wskutek wypadku	37 000,00 zł	
12	Zgon dziecka	3 700,00 zł	
13	Urodzenie się dziecka Ubezpieczonemu	2 300,00 zł	
14	Urodzenie martwego dziecka	4 600,00 zł	
15	Osierocenie dziecka przez Ubezpieczonego	5 200,00 zł	
16	Zgon rodzica / rodzica współmałżonka/ partnera Ubezpieczonego	2 850,00 zł	
17	Dzienne świadczenie szpitalne Ubezpieczonego	180,00 zł/ dzień – do 14 dnia pobytu spowodowanego wypadkiem	
		60,00 zł/ dzień – od 15 dnia pobytu spowodowanego wypadkiem	
		60,00 zł/ dzień – pobyt spowodowany chorobą	
		240,00 zł/ dzień – do 14 dnia pobytu spowodowanego wypadkiem komunikacyjnym	
		240,00 zł/ dzień – do 14 dnia pobytu spowodowanego wypadkiem w trakcie wykonywania czynności zawodowych	
		320,00 zł/ dzień – do 14 dnia pobytu spowodowanego wypadkiem komunikacyjnym w trakcie wykonywania czynności zawodowych	
		90,00 zł/ dzień – do 14 dnia pobytu spowodowanego zawałem serca lub udarem mózgu	
		120,00 zł/dzień pobytu lub 600,00 zł - świadczenie jednorazowe – pobyt na OIOM/OIT	
18	Leczenie specjalistyczne Ubezpieczonego	4 000,00 zł	
19	Poważne zachorowanie Ubezpieczonego – wariant I	5 000,00 zł	
20	Poważne zachorowanie współmałżonka/ partnera Ubezpieczonego	3 500,00 zł	
21	Operacje chirurgiczne Ubezpieczonego	Suma Ubezpieczenia 2 500,00 zł	
22	Karta Apteczna	200,00 zł	
<b>Składka miesięczna za jedną osobę objętą ochroną ubezpieczeniową</b>		<b>Dopuszczalna przez Zamawiającego maksymalna wysokość składki (zł)</b>	<b>Wysokość składki, oferta Wykonawcy (zł)</b>
		<b>65,00 zł</b>	

Podpis Wykonawcy .....



## 2. Wykonam zamówienie

w terminie / okresie \*: **od 01.07.2017 r. - 30.06.2020 r.**

Wymagany termin rozpoczęcia realizacji zamówienia: .....

## 3. Udzielam gwarancji

nie dotyczy

## 4. Przyjmuję warunki płatności

określone w § 6 wzoru umowy / ~~ogólnych warunków umowy~~ \*,  
oraz określam termin zapłaty należności za wykonany i odebrany przedmiot umowy,  
od daty dostarczenia faktury przez Wykonawcę: ..... ~~dni.~~

## 5. Wadium

nie dotyczy

w kwocie: **100 000,00** zł zostało / zostanie \* wniesione \* w formie

.....

Wskazuję adres lub nr konta, na które należy **zwrócić wadium:**

.....  
.....

\* **UWAGA - NIEPOTRZEBNE SKREŚLIĆ!**

## 6. Zabezpieczenie należytego wykonania umowy

nie dotyczy

wniosem w przypadku wyboru naszej oferty, przed podpisaniem umowy:  
- w **wysokości** ..... % ceny całkowitej podanej w ofercie

- maksymalnej wartości nominalnej zobowiązania Zamawiającego  
wynikającego z umowy (w przypadku cen jednostkowych);  
- w **formie i na zasadach** określonych w specyfikacji istotnych warunków zamówienia.

Podpis Wykonawcy .....

- 7A.  Zamawiający zastrzega obowiązek osobistego wykonania przez Wykonawcę:
- kluczowych części zamówienia na **roboty budowlane\*** / **usługi \***,  
tj.: .....
- prac związanych z rozmieszczeniem i instalacją, w ramach zamówienia na **dostawy**,  
tj.: .....

**7B.  \* Zamówienia nie wykonam w całości sam, Podwykonawcom powierzę wykonanie następującej części zamówienia:**

Lp.	WSKAZANIE / PODANIE PRZEZ WYKONAWCĘ: 1) CZĘŚCI ZAMÓWIENIA, KTÓRYCH WYKONANIE WYKONAWCA ZAMIERZA POWIERZYĆ PODWYKONAWCOM; 2) FIRM PODWYKONAWCÓW.

**\* WYKONAWCA POWINIEN OZNACZYĆ ZNAKIEM: „X” POLE: „□” W PKT. 8B TYLKO WÓWCZAS, JEŻELI ZAMAWIAJĄCY NIE ZASTRZEGL OBOWIĄZKU OSOBISTEGO WYKONYWANIA PRZEZ WYKONAWCĘ CZĘŚCI ZAMÓWIENIA, O KTÓRYCH MOWA W PKT. 8A, A WYKONAWCA SAM NIE WYKONA ZAMÓWIENIA W CAŁOŚCI.**

8. Oferuję realizację zamówienia zgodnie ze specyfikacją istotnych warunków zamówienia, wraz z jej ewentualnymi zmianami i modyfikacjami w tym objęcie ubezpieczeniem wszystkich wymienionych w specyfikacji ryzyk na warunkach przedstawionych w niniejszej ofercie, nie gorszych, niż opisane w specyfikacji istotnych warunków zamówienia.

9. Oświadczam, że wzór umowy, w tym warunki płatności, zawarte w specyfikacji istotnych warunków zamówienia zostały przez nas zaakceptowane. W przypadku wyboru oferty zobowiązuję się do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego na warunkach określonych w specyfikacji istotnych warunków zamówienia i zgodnie ze złożoną ofertą.

10. Otrzymałem konieczne informacje do przygotowania oferty.

11. Działając jako towarzystwo ubezpieczeń wzajemnych posiadam w statucie zapis, z którego wynika, że towarzystwo będzie ubezpieczało także osoby niebędące członkami towarzystwa. Zamawiający będzie traktowany jako osoba niebędąca członkiem towarzystwa, a co za tym idzie nie będzie zobowiązany do udziału w pokrywaniu strat towarzystwa przez wnoszenie dodatkowej składki zgodnie z art. 111 ust. 1 Ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz. U. 2015 r., poz. 1844 z późn. zm.) (*Dotyczy Wykonawców działających w formie towarzystwa ubezpieczeń wzajemnych*).

Podpis Wykonawcy .....

12. Ogólne warunki ubezpieczenia, które mają zastosowanie do grupowego ubezpieczenia na życie wraz z załącznikami (tytuł i data wydania dokumentu):

.....  
.....

13. Techniczną obsługę ubezpieczeń wykonywać będzie jednostka w ..... przy ul. ...., tel. ...., fax. .... / Wskażemy w ciągu 7 dni od dnia podpisania umowy jednostkę w ....., która będzie wykonywała techniczną obsługę ubezpieczeń i w tym terminie podamy dane teleadresowe jednostki.

14. **Przyjmuję w szczególności określone w opisie przedmiotu zamówienia wymagania zatrudnienia przez Wykonawcę lub Podwykonawcę na podstawie umowy o pracę osób wykonujących wskazane przez Zamawiającego czynności w zakresie realizacji zamówienia oraz zobowiązuję się do przedstawienia najpóźniej w dniu podpisania umowy na realizację zamówienia oraz na każdym etapie realizacji zamówienia – aktualnego wykazu tych czynności.**

15. Wszelką korespondencję w dotyczącą niniejszego zamówienia należy kierować na:

Imię i nazwisko	
Instytucja	
Adres	
Nr faks	
Nr telefonu	
Adres e-mail	

16. Ofertę składamy na ..... kolejno ponumerowanych stronach.

17. Załącznikami do niniejszej oferty, stanowiącymi jej integralną część są:

1) .....
2) .....
3) .....
4) .....

Podpis Wykonawcy .....

### OBJAŚNIENIE:

Do oferty należy dołączyć:

- 1) oświadczenie / oświadczenia w zakresie wskazanym przez Zamawiającego w ogłoszeniu o zamówieniu lub w specyfikacji istotnych warunków zamówienia w formie JEDNOLITEGO EUROPEJSKIEGO DOKUMENTU ZAMÓWIENIA.
- 2) pełnomocnictwo do reprezentowania w postępowaniu o udzielenie zamówienia – o ile nie wynika ono z innych dokumentów załączonych przez Wykonawcę, np.: z odpisu z właściwego rejestru lub centralnej ewidencji i informacji o działalności gospodarczej;
- 3) dowód, w szczególności zobowiązanie Innych Podmiotów do oddania do dyspozycji niezbędnych zasobów, jeśli Wykonawca polega na tych zasobach;

Podpisano:

..... (miejscowość, data)	..... (podpis i pieczęć imienna Wykonawcy)
------------------------------	---

-----  
\* - niepotrzebne skreślić lub wypełnić;

- dotyczy niniejszej oferty;

- nie dotyczy niniejszej oferty;