Załącznik nr 1 do zapytania ofertowego

Białystok, dn. …………………….

**Dot. postęp. nr. ZO/KA/ZK-DZP.263.032.2020**

**OFERTA**

 (wzór)

.Ja/My niżej podpisani

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

z siedzibą:.................................................................................................................................................

NIP ……………………………………….. REGON …………………………………………………………..

służbowy adres e-mail na który będą kierowane zamówienia:………………………………………………..

osoby do kontaktu z Zamawiającym wraz z ich służbowym nr telefonu: ……… oraz służbowym adresem e-mail: ……….

 **składamy niniejszą ofertę dotyczącą zapytania:**

**Usługa ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków studentów i doktorantów Politechniki Białostockiej odbywających staże i praktyki zawodowe poza Uczelnią w okresie od 01 września 2020 r. do 31 sierpnia 2022 r.**

1. **Stawki za osobodzień**

|  |  |
| --- | --- |
| **Wariant i suma ubezpieczenia** | **Stawka za osobodzień (zł)** |
| Wariant I – 15 000,00 zł |  |
| Wariant II – 20 000,00 zł |  |
| Wariant III – 30 000,00 zł |  |

**Cena oferty winna obejmować wszelkie koszty jakie poniesie Wykonawca przy realizacji zamówienia.**

Zamawiający nie będzie ponosił żadnych dodatkowych kosztów i opłat w związku z realizacją przedmiotu umowy. Cena musi być podana w złotych polskich. Cena zostanie ustalona na okres obowiązywania umowy i nie będzie podlegać zmianom ( i ile inaczej nie stanowią zapisy Zapytania ofertowego)

Ceny należy określić z dokładnością do drugiego miejsca po przecinku zgodnie z matematycznymi zasadami zaokrąglania, tj.:

− ułamek, w którym trzecia cyfra po przecinku jest mniejsza od 5 zaokrąglić należy w dół,

− ułamek, w którym trzecia cyfra po przecinku jest większa lub równa 5 zaokrąglić należy w górę.

1. **Warunki fakultatywne**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Warunek fakultatywny** | **Wybór (X)** | **Liczba pkt.** |
| **A** | Suma ubezpieczenia – zwiększenie podstawowej sumy ubezpieczenia w Wariancie II do 25 000,00 zł |  | 25 |
| Brak zwiększenia |  | 0 |
| **B** | Uraz ciała ubezpieczonego wymagający interwencji lekarskiej w placówce medycznej, połączonej z dalszym leczeniem i min. 1 wizytą kontrolną |  | 15 |
| Brak włączenia |  | 0 |
| **C** | Pobyt w szpitalu ubezpieczonego spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem płatny od pierwszego dnia pobytu, świadczenie w wysokości 40 zł za każdy dzień |  | 20 |
| Brak skrócenia |  | 0 |
| **D** | Pobyt w szpitalu ubezpieczonego spowodowany chorobą płatny od trzeciego dnia pobytu, świadczenie w wysokości 40 zł za każdy dzień |  | 10 |
| Brak włączenia |  | 0 |
| **E** | Wstrząśnienie mózgu lub podejrzenie wstrząśnienia bez konieczności pobytu w szpitalu, bez konieczności utraty przytomności – świadczenie w wysokości 1 000 zł |  | 10 |
| Brak zwiększenia |  | 0 |
| **F** | Zdiagnozowanie u ubezpieczonego sepsy lub innych chorób zakaźnych – świadczenie w wysokości 2 000 zł |  | 10 |
| Brak włączenia |  | 0 |
| **G** | Zwrot kosztów leczenia stomatologicznego – leczenie następstw nieszczęśliwych wypadków – do wysokości 2 000 zł |  | 10 |
| Brak zwiększenia |  | 0 |
| **RAZEM** |  |  |

**Warunki realizacji zamówienia:**

**Termin realizacji zamówienia – 01 września 2020 r. do 31 sierpnia 2022 r.**

**Termin płatności –**

I rata – 15 marca 2021 r.

II rata – 15 września 2021 r.

III rata – 15 marca 2022 r.

IV rata – 15 września 2022 r.

**Składając ofertę oświadczam / oświadczamy, że:**

1. **Spełniamy warunki udziału w postępowaniu** **określone przez Zamawiającego w** **pkt 4 Zapytania ofertowego, w szczególności posiadamy zezwolenie na prowadzenie działalności ubezpieczeniowej w zakresie wszystkich grup ryzyka objętych przedmiotem zamówienia. Zezwolenie ……………………….. stanowi złącznik do oferty.**
2. Podane w niniejszym formularzu składki zawierają wszystkie koszty wykonania zamówienia, jakie ponosi Zamawiający w przypadku wyboru niniejszej oferty.
3. Zapoznaliśmy się ze wzorem umowy, nie wnosimy do niego zastrzeżeń oraz przyjmujemy warunki w nim zawarte.
4. Uważamy się za związanych niniejszą ofertą przez okres 30 dni od daty otwarcia ofert.
5. Jednocześnie informujemy, iż w przypadku wyłonienia naszej firmy na Wykonawcę zamówienia osobą odpowiedzialną za realizację zamówienia / umowy będzie:

…………………………………………, służbowy e-mail: …………… służbowy nr tel. ………………

 Imię i nazwisko

1. Wypełniłem/liśmy obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO1) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem/liśmy w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.\*
2. **Oświadczam, że wszystkie informacje podane w formularzu ofertowym są zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia Zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji**.
3. Oświadczam, że jestem upoważniony/a do złożenia niniejszej oferty w imieniu Wykonawcy.

**Do oferty załączamy:**

1. zezwolenie na prowadzenie działalności ubezpieczeniowej w zakresie wszystkich grup ryzyka objętych przedmiotem zamówienia
2. OWU

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

Miejscowość i data

 …..........................................................................................................

 Pieczęć i podpis wykonawcy lub osoby uprawnionej do reprezentowania wykonawcy

1) rozporządzenie 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).

\* W 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).

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

Miejscowość i data

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

 Pieczęć i podpis wykonawcy

 lub osoby uprawnionej do reprezentowania wykonawcy