**FORMULARZ ASORTYMENTOWO-CENOWY**

**1/DEG/SP/2024**

**Usługa ubezpieczenia ryzyk komunikacyjnych Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Szpitala Psychiatrycznego   
w Toszku**

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:

**UBEZPIECZENIE RYZYK KOMUNIKACYJNYCH**

OFERUJEMY REALIZACJĘ PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA OPISANEGO  
W ZAPROSZENIU DO ZŁOŻENIA OFERTY ZNAK SPRAWY 1/DEG/SP/2025, WE WSKAZANYM W ZAPROSZENIU OKRESIE W KWOCIE/KWOTACH:

1. **Obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej posiadacza pojazdów mechanicznych** **za szkody powstałe w związku z ruchem tych pojazdów**

Składka za 12 miesięczny okres ubezpieczenia ............................................. zł,

1. **Ubezpieczenie Autocasco**

Składka za 12 miesięczny okres ubezpieczenia ............................................. zł,

1. **Ubezpieczenie NNW kierowcy i pasażerów**

Składka za cały 12 miesięczny okres ubezpieczenia ............................................. zł,

1. **Ubezpieczenie Assistance**

*Prosimy o wskazanie pojazdów, dla których Wykonawca w ramach obowiązujących OWU,* *standardowo bez naliczania dodatkowej składki (z zastrzeżeniem, że zależy to od kategorii ubezpieczanego pojazdu), zaoferuje pakiety usług Assistance.*

Łączna składka przedstawionej oferty za 12 miesięczny okres ubezpieczenia ryzyk komunikacyjnych wynosi: ..................... zł brutto, w tym VAT zwolniony i płatna będzie indywidualnie dla każdego pojazdu, przelewem, jednorazowo w terminie nie krótszym niż 15 dni od dnia rozpoczęcia okresu ubezpieczenia indywidualnie dla każdego pojazdu zgodnie z Załącznikiem nr 1 do niniejszego zaproszenia.

Składki za ryzyka komunikacyjne w rozbiciu na poszczególne pojazdy, za 12 miesięczny okres ubezpieczenia:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| **Pojazd** | **FIAT DOBLO** | **NIEWIADÓW** | **URSUS** | **FIAT DOBLO** | **RENAULT TRAFIC** | **OPEL COMBO-D-VAN** | **Neptun przyczepa** |
| **Nr rejestracyjny** | **SGL03YY** | **SGL05PF** | **SGLC679** | **SGL3AL8** | **SGL01447** | **SGL 7YE9** | **SGL0732P** |
| **Suma ubezpieczenia AC** | 21 600,00 zł | nie dotyczy | nie dotyczy | 28 000,00 zł | 79 500,00 zł | 29 100,00 zł | nie dotyczy |
| **Składka za OC w zł** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Składka za**  **NNW w zł** |  | nie dotyczy |  |  |  |  | nie dotyczy |
| **Stawka roczna AC w %** |  | nie dotyczy | nie dotyczy |  |  |  | nie dotyczy |
| **Składka za AC w zł** |  | nie dotyczy | nie dotyczy |  |  |  | nie dotyczy |
| **Assistance bezskładkowo**  **w zakresie OC** | TAK / NIE  *niepotrzebne skreślić* | TAK / NIE  *niepotrzebne skreślić* | TAK / NIE  *niepotrzebne skreślić* | TAK / NIE  *niepotrzebne skreślić* | TAK / NIE  *niepotrzebne skreślić* | TAK / NIE  *niepotrzebne skreślić* | TAK / NIE  *niepotrzebne skreślić* |
| **Assistance bezskładkowo**  **w zakresie AC** | TAK / NIE  *niepotrzebne skreślić* | nie dotyczy | nie dotyczy | TAK / NIE  *niepotrzebne skreślić* | TAK / NIE  *niepotrzebne skreślić* | TAK / NIE  *niepotrzebne skreślić* | nie dotyczy |

Wariant bezskładkowego ubezpieczenia Assistance: …………………………………………..

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

* 1. ……………………………………………………………..

***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.***