**FORMULARZ ASORTYMENTOWO-CENOWY**

**46/DEG/AC/2024**

**Usługa ubezpieczenia Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Szpitala Psychiatrycznego**

1. Nazwa Wykonawcy ……………………………………………………………………………………………………
2. Adres Wykonawcy ……………………………………………………………………………………………………
3. Osobą uprawnioną do kontaktu z Zamawiającym jest: ...................................................................................................

nr telefonu /e-mail ............................................................................................................................................ Adres do korespondencji ……………………………………………………………………………………………………

1. 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 MAJĄTKU

WYKONAWCA OFERUJE / WYKONAWCA NIE OFERUJE (skreślić niewłaściwe)

Łączna składka przedstawionej oferty za 36 miesięczny okres ubezpieczenia mienia od wszystkich ryzyk wynosi: .................................. zł brutto, (słownie złotych: ....................................................), w tym VAT zwolniony i płatna będzie przelewem, jednorazowo w terminie nie krótszym niż 14 dni od rozpoczęcia okresu ubezpieczenia.

w tym:

A. Ubezpieczenie mienia od wszystkich ryzyk

Składka za 36 miesięczny okres ubezpieczenia - ................................................ zł brutto,

w tym za roczny (12-miesięczny) okres ubezpieczenia - .......................................... zł brutto.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | Przedmiot ubezpieczenia | **Suma ubezpieczenia w zł** | **Stawka za roczny okres ubezpieczenia (%)** | **Składka za 12 miesięczny okres**  **ubezpieczenia (zł)** | **Składka za 36 miesięczny okres**  **ubezpieczenia (zł)** |
| 1. | Budynki szpitalne | 31 806 486,98 zł |  |  |  |
| 2. | Budynki mieszkalne | 2 105 930,58 zł |  |  |  |
| 3. | Budowle | 3 899 693,71 zł |  |  |  |
| 5. | Środki trwałe – maszyny, urządzenia, wyposażenie | 1 705 900,52 zł |  |  |  |
| 6. | Środki obrotowe | 80 000,00 zł |  |  |  |
| 7. | Wartości pieniężne | 100 000,00 zł |  |  |  |

**LIMITY ODPOWIEDZIALNOŚCI** dla szkód powstałych w wyniku kradzieży z włamaniem, rabunku

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **LP.** | **Przedmiot ubezpieczenia** | **Limit**  **Odpowiedzialności w zł** | **Stawka za roczny okres ubezpieczenia**  **w %** | **Składka za 12 miesięczny okres**  **ubezpieczenia**  **w zł** | **Składka za 36 miesięczny okres**  **ubezpieczenia (zł)** |
| 1. | Środki trwałe | 50.000,00 zł |  |  |  |
| 2. | Środki obrotowe | 10.000,00 zł |  |  |  |
| 3. | Gotówka i inne wartości pieniężne w lokalu | 100.000,00 zł |  |  |  |
| 4. | Dewastacja /wandalizm | 100.000,00 zł |  |  |  |

**B. Ubezpieczenie sprzętu elektronicznego od wszystkich ryzyk**

Składka za 36 miesięczny okres ubezpieczenia - ............................. zł brutto,

w tym za roczny (12-miesięczny) okres ubezpieczenia - ............................................ zł brutto

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **LP.** | **Przedmiot ubezpieczenia** | **Suma ubezpieczenia w zł** | **Stawka za roczny okres ubezpieczenia**  **w %** | **Składka za 12 miesięczny okres**  **ubezpieczenia**  **w zł** | **Składka za 36 miesięczny okres**  **ubezpieczenia (zł)** |
| 1. | Sprzęt medyczny stacjonarny | 1 180 801,47 zł |  |  |  |
| 2. | Sprzęt medyczny przenośny | 332 183,94 zł |  |  |  |
| 3. | Sprzęt elektroniczny stacjonarny (poza medycznym) | 997 161,00 zł |  |  |  |
| 4. | Oprogramowanie, dane, koszty odtworzenia danych | 191 634,00 zł |  |  |  |

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.***