**FORMULARZ OFERTOWY/OCENY**

**Dane dotyczące Wykonawcy:**

Nazwa: ...........................................................................

Siedziba: ..........................................................................

Strona internetowa: ................................................

Adres e-mail: ......................................................

Numer telefonu: 0 (\*\*) ......................................

Numer REGON: .................................................

Numer NIP: .................................................

KRS: …………………………..……

**Dane dotyczące Zamawiającego:**

**Wojewódzki Szpital Specjalistyczny**

**ul. Żołnierska 18**

**10 – 561 Olsztyn**

**Strona internetowa: www.wss.olsztyn.pl**

**E-mail: zamowienia@wss.olsztyn.pl**

**Godziny urzędowania: 7.00 – 14.30.**

Jako „BROKER” wyrażamy chęć uczestnictwa w konkursie na wybór brokera ubezpieczeniowego dla Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie, świadczącego usługi pośrednictwa ubezpieczeniowego zgodnie z ustawą z dnia 22 maja 2003 r. o pośrednictwie ubezpieczeniowym (Dz. U. Nr 124, poz. 1154 z późn. zm.), przeprowadzonego w terminach i na warunkach określonych   
w Regulaminie Konkursu.

Upoważniamy …………………………. ………………………………… do reprezentowania brokera

(imię i nazwisko)

w konkursie (w załączeniu stosowane pełnomocnictwo).

Upoważniamy uprawnionych przedstawicieli Zamawiającego (Komisję Konkursową) do podjęcia działań mających na celu sprawdzenie oświadczeń, dokumentów i przedłożonych informacji oraz do wyjaśnienia ewentualnych wątpliwości, które mogłyby się pojawić w związku ze złożonymi w trakcie konkursu informacjami. Dla tych celów upoważniamy

………………………………………………..

(imię i nazwisko)

do dostarczenia stosowanej informacji uznanej przez zamawiającego za konieczną i wymaganą w celu sprawdzenia oświadczeń i informacji zawartych w naszej ofercie.

1. **Suma gwarancyjna w ramach ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej z tytułu**

**prowadzenia działalności brokerskiej wynosi** *(potwierdzone kserokopią polisy*):

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

2. **Doświadczenie na rynku - okres działalności firmy wynosi - w tym okres działalności**

**brokerskiej** (*potwierdzone kserokopią zezwolenia organu nadzoru na prowadzenie działalności*

*brokerskiej i wypisem z właściwego organu rejestrowego):*

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

1. **Kadra - liczba zatrudnionych pracowników posiadających zdany egzamin brokerski**   
    *(potwierdzone wykazem )*:

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

**4.** **Liczba przeprowadzonych przez Wykonawcę postępowań o udzielenie**

**zamówienia publicznego na usługi ubezpieczeniowe na podstawie ustawy Prawo zamówień**

**publicznych w latach 2013–2016 na rzecz placówek służby zdrowia** *(potwierdzone wykazem wraz z danymi teleadresowymi jednostek):*

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

**5.** **Posiadamy komórkę organizacyjnej zajmującą się likwidacją szkód medycznych.** *(potwierdzone oświadczeniem):*

TAK/NIE\*

1. **Wysokość przypisu składki z umów ubezpieczenia mienia i odpowiedzialności cywilnej**

**zawartych za pośrednictwem Wykonawcy wciągu ostatnich 3 lat kalendarzowych.** *(potwierdzone oświadczeniem):*

………………………………………………………………………………………..

1. **Posiadanie w strukturach organizacyjnych firmy komórki zajmującej się obsługą**

**podmiotów leczniczych** (*potwierdzone oświadczeniem):*

TAK/NIE\*

1. **Posiadanie w strukturach organizacyjnych firmy komórki zajmującej się zamówieniami publicznymi** ( potwierdzone oświadczeniem):

TAK/NIE\*

1. **Posiadanie przez Wykonawcę portalu internetowego umożliwiającego Zamawiającemu obsługę zawartych ubezpieczeń poprzez podgląd skanów zawartych polis i monitorowanie statusu zgłoszonych szkód** (potwierdzone oświadczeniem):

TAK/NIE\*

\* należy podkreślić właściwą odpowiedź

**OŚWIADCZENIE**

Składając ofertę w konkursie na wybór brokera ubezpieczeniowego oświadczamy, że:

1. Dysponujemy niezbędną wiedzą i doświadczeniem, a także potencjałem ekonomicznym

i technicznym oraz pracownikami zdolnymi do wykonania zamówienia.

1. Zapoznaliśmy się ze szczegółowymi warunkami konkursu zawartymi w Regulaminie konkursu   
   i przyjmujemy je bez zastrzeżeń.
2. Posiadamy wszystkie informacje niezbędne do przygotowania oferty i wykonania zamówienia   
   w określonym czasie.
3. Jesteśmy związani ofertą do terminu ważności oferty wskazanego w Regulaminie konkursu.
4. W przypadku wyboru złożonej przez brokera oferty zobowiązujemy się do podpisania umowy   
   na warunkach określonych w Regulaminie konkursu, a umowa zawierać będzie postanowienia
5. zawarte w niniejszym Regulaminie oraz w złożonej w postępowaniu ofercie.
6. Wszystkie informacje i oświadczenia zamieszczone w ofercie oraz załącznikach są kompletne, prawdziwe i dokładne w każdym szczególe.

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

1. …………………
2. …………………
3. …………………
4. …………………
5. …………………
6. …………………

Niniejszą ofertę składamy na …..... kolejno ponumerowanych stronach.

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

(miejscowość, data i podpis/y osoby/osób upoważnionej/ych

do występowania w imieniu wykonawcy)