

Załącznik do Konkursu
na wybór brokera ubezpieczeniowego
dla Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Uniwersyteckiego Szpitala
Klinicznego Nr 1 im. N. Barlickiego Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

FORMULARZ OFERTOWY

Konkurs ofert na wybór brokera ubezpieczeniowego
dla

1. Nazwa Oferenta:

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

2. Adres Oferenta:

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

3. Zarejestrowany:

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

4. Numer NIP:

.....
.....

5. Numer REGON:

.....
.....

6. Numer telefonu/fax/e-mail:

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

7. Imię i nazwisko osoby upoważnionej do reprezentowania firmy:

.....
.....

8. Aktualny dokument określający status prawny oferenta tj. odpis z właściwego rejestru
albo aktualne zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej, wystawiony
nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert,

9. Oryginał pełnomocnictwa, jeżeli osobą podpisującą ofertę nie będzie osobą upoważnioną
na podstawie dokumentu wymienionego w pkt 8,

10. Oświadczenie o braku zaległości podatkowych,

11. Oświadczenie o niezaleganiu z opłacaniem przez Oferenta składek z tytułu ubezpieczeń
społecznych i zdrowotnych,

12. Zezwolenie na prowadzenie działalności brokerskiej na polskim rynku ubezpieczeniowym nieprzerwanie od minimum 10 lat,
13. Wykaz potwierdzający prowadzenie działalności min.10 lat na polskim rynku brokerskim (nazwa podmiotu dla którego są świadczone usługi brokerskie oraz okres obowiązywania umowy),
14. Polisa, a w przypadku jej braku, inny dokument potwierdzający, że oferent jest ubezpieczony od odpowiedzialności cywilnej z tytułu prowadzenia działalności brokerskiej, zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 12 lutego 2015 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej z tytułu wykonywania działalności brokerskiej (Dz.U. 2015.275), zawierający wysokość sumy gwarancyjnej OC brokera
15. Wykaz podmiotów lecznictwa zamkniętego posiadających co najmniej 300 łóżek i co najmniej 2 oddziały zabiegowe, dla których broker w ostatnich trzech latach kalendarzowych 2015-2017 prowadził usługi brokerskie,
16. Wykaz samodzielnie przeprowadzonych postępowań o udzielenie zamówienia publicznego w zakresie ubezpieczenia (OC i mienia) podmiotów lecznictwa zamkniętego, w wyniku których zostały zawarte ważne umowy – w okresie ostatnich 3 lat kalendarzowych 2015-2017, z podaniem daty i miejsca świadczenia usługi,
17. Wykazu osób aktualnie zatrudnionych przez Oferenta na podstawie umowy o pracę posiadających uprawnienia do wykonywania czynności brokerskich z podaniem numeru wpisu do Rejestru Brokerów,
18. Wykaz ubezpieczycieli współpracujących z brokerem w ramach realizacji ubezpieczeń w zakresie obowiązkowego OC podmiotów lecznictwa zamkniętego
19. Wykaz szkód likwidowanych przez Oferenta w ubiegłym roku 2017,
20. Wstępny projekt umowy serwisu brokerskiego.
21. Koncepcja obsługi ubezpieczeniowej w zakresie oferowanych usług dodatkowych wzmocniających politykę zarządzania ryzykiem.
22. Oświadczenie o posiadaniu i możliwości wdrożenia programu informatycznego umożliwiającego zanonimizowane zgłaszanie i monitorowanie zdarzeń niepożądanych, którego funkcjonalność daje możliwość tworzenia raportów według zadanych przez Szpital kryteriów. Szpital po podpisaniu umowy będzie miał możliwość dostosowania programu do swoich potrzeb i specyfiki.
23. Jako Broker wyrażamy chęć uczestnictwa w Konkursie na wybór brokera ubezpieczeniowego dla Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej

Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego Nr 1 im. N. Barlickiego Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, świadczącego usługi pośrednictwa ubezpieczeniowego zgodnie z ustawą z dnia 22 maja 2003 r. o pośrednictwie ubezpieczeniowym (Dz. U. z 2016 r. poz. 2077, z późn. zm.) przeprowadzonego w terminach i na warunkach określonych w ogłoszeniu Konkursu .

Upoważniamy (imię i nazwisko) do reprezentowania Brokera w Konkursie (w załączeniu stosowne 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 stosownej informacji uznanej przez Zamawiającego za konieczną i wymaganą w celu sprawdzenia oświadczeń i informacji zawartych w naszej ofercie.

OŚWIADCZENIE

Składając ofertę w Konkursie na wybór brokera ubezpieczeniowego dla Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego Nr 1 im. N. Barlickiego Uniwersytetu Medycznego w Łodzi świadczącego usługi pośrednictwa ubezpieczeniowego zgodnie z ustawą z dnia 22 maja 2003 r. o pośrednictwie ubezpieczeniowym (Dz. U. z 2016 r. poz. 2077, z późn. zm.) oświadczamy, że:

1. Dysponujemy niezbędną wiedzą i doświadczeniem, a także potencjałem ekonomicznym i technicznym oraz pracownikami zdolnymi do wykonania zamówienia.
2. Zapoznaliśmy się ze szczegółowymi warunkami Konkursu zawartymi w Ogłoszeniu o Konkursie na wybór brokera ubezpieczeniowego dla Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego Nr 1 im. N. Barlickiego Uniwersytetu Medycznego w Łodzi wraz z Regulaminem Konkursu i przyjmujemy je bez zastrzeżeń.
3. Posiadamy wszystkie informacje niezbędne do przygotowania oferty i wykonania zamówienia w określonym czasie.
4. Jesteśmy związani ofertą 14 dni licząc od daty składania ofert.
5. Akceptujemy wzór umowy stanowiący załącznik do konkursu na wybór brokera ubezpieczeniowego

6. Wszystkie informacje i oświadczenia zamieszczone w ofercie oraz załącznikach są kompletne i prawdziwe.

7. Załącznikami do niniejszej oferty stanowiącymi jej integralną część są:

1)

.....
.....

2)

.....
.....

3)

.....
.....

4)

.....
.....

5)

.....
.....

6)

.....
.....

7)

.....
.....

8)

.....
.....

9)

.....
.....

10)

.....
.....

11)

.....
.....

12)

.....
.....

13)

.....
.....

14)

.....
.....

15)

.....
.....

Niniejszą ofertę składamy na kolejno ponumerowanych stronach.

.....
.....

(miejsowość ,data) podpis/y i pieczęć osoby/osób upoważnionej/ych
do występowania w imieniu Wykonawcy