Załącznik nr 1 do zapytania ofertowego ZO/PK/DO-120.263.097.2018

**Dot. postęp. nr. ZO/PK/DO-120.263/097.2018**

**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

**Oferujemy:**

………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………….  
dokładna nazwa produktu ubezpieczeniowego oraz nazwy ogólnych warunków ubezpieczenia mających zastosowanie w ofercie

**A. Stawki za osobodzień**

|  |  |
| --- | --- |
| **Numer wariantu 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** |  |

**B. 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 za każdy dzień w wysokości 40 zł za każdy dzień |  | 20 |
| Brak skrócenia |  | 0 |
| D | Pobyt w szpitalu spowodowany chorobą płatny od trzeciego dnia pobytu, świadczenie za każdy dzień w wysokości 40 zł za każdy dzień |  | 10 |
| Brak włączenia |  | 0 |
| E | Wstrząśnienie mózgu lub podejrzenia 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 2 000,00 zł |  | 10 |
| Brak włączenia |  | 0 |
| G | Zwrot kosztów leczenia stomatologicznego –  leczenie następstw nieszczęśliwych wypadków – do wysokości 2 000,00 zł |  | 10 |
| Brak zwiększenia |  | 0 |
| **RAZEM:** | |  | **100** |

**Akceptujemy warunki realizacji zamówienia:**

* **Termin realizacji zamówienia –** od dnia zawarcia umowy do 31 sierpnia 2020 r
* **Termin płatności –** w ciągu 14 dni od daty w ciągu 14 dni od daty otrzymania certyfikatu (polisy).

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

1. Podane w niniejszym formularzu stawki za osobodzień w każdym z wariantów zawierają wszystkie koszty wykonania zamówienia, jakie ponosi Zamawiający w przypadku wyboru niniejszej oferty.
2. Zapoznaliśmy się ze wzorem umowy, nie wnosimy do niego zastrzeżeń oraz przyjmujemy warunki w nim zawarte.
3. Uważamy się za związanych niniejszą ofertą przez okres 30 dni od daty otwarcia ofert.
4. 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

5. 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.\*

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

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).