znak postępowania: WKD10a-27-3/2018 *Załącznik nr 1 do SIWZ*

|  |
| --- |
| **FORMULARZ OFERTOWY** |

**PRZETARG NIEOGRANICZONY (ZAMÓWIENIE SEKTOROWE)**

**NA GRUPOWE UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE   
DLA PRACOWNIKÓW WARSZAWSKIEJ KOLEI DOJAZDOWEJ SP. Z O.O. ORAZ CZŁONKÓW ICH RODZIN**

**Dane dotyczące Wykonawcy**[[1]](#footnote-1)

Zarejestrowana nazwa: …………………………………………………………………….

Siedziba: ……………………………………………………………………………………..

nr NIP: ………………………………………………………………………………………..

nr REGON: …………………………………………………………………………………..

Kontakt:

Adres do korespondencji: ………………………………………………………………….

tel.: ………………………. e-mail: ……………………. faks: ……………………..

Osoba uprawniona do kontaktów z Zamawiającym w zakresie treści oferty: ……………………………………………………..,

*(imię i nazwisko)*

tel. ………………………….., e-mail:………………………………………... .

**Zamawiający:**

**Warszawska Kolej Dojazdowa sp. z o.o.**

**ul. Batorego 23**

**05-825 Grodzisk Mazowiecki**

Odpowiadając na ogłoszenie o postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonym w trybie przetargu nieograniczonego na grupowe ubezpieczenie zdrowotne dla pracowników Warszawskiej Kolei Dojazdowej sp. z o.o. oraz członków ich rodzin, znak WKD10a-27-3/2018, zgodnie z wymaganiami określonymi w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia oświadczamy, iż:

1. Oferujemy realizację zamówienia w zakresie rzeczowym objętym Specyfikacją Istotnych Warunków Zamówienia i załączników do niej za **cenę ofertową**:

**…………………………………………….. zł netto, podatek VAT …% w kwocie……………… zł**

**……………………………………............. zł brutto, słownie:…………………………………………**

wynikającą z wyliczeń za wykonanie usługi z zakresu Pakietu Pracowniczego Podstawowego oraz Pakietu Pracowniczego obejmującego Medycynę Pracy, wskazanych w tabeli Formularza cenowego stanowiącego Załącznik nr 1.1 do SIWZ.

1. Oświadczamy, że zapewnimy usługi dla partnerów pracowników Zamawiającego w ramach Pakietu Partnerskiego na zasadach określonych w SIWZ i załącznikach do niej oraz niniejszej ofercie za niżej podany ryczałt:**\*)**

**Składka miesięczna (stanowiąca dopłatę do Pakietu Pracowniczego) za jeden Pakiet Partnerski wynosi: …………………. zł netto + podatek VAT w kwocie….. zł, co stanowi …………………….. zł brutto (słownie: ……………… zł).   
\*)  Zgodnie z Rozdziałem XVI ust. 3 SIWZ Zamawiający zastrzega, że maksymalna wysokość jednostkowej składki miesięcznej za Pakiet Partnerski nie może być wyższa niż 80,00 zł brutto**

Zamawiający zastrzega sobie prawo do nieskorzystania z Pakietu Partnerskiego w przypadku, gdy pracownicy Zamawiającego nie będą zainteresowani usługą.

1. Oświadczamy, że zapewnimy usługi dla członków rodzin pracowników Zamawiającego w ramach Pakietu Rodzinnego na zasadach określonych w SIWZ i załącznikach do niej oraz niniejszej ofercie za niżej podany ryczałt:**\*)**

**Składka miesięczna (stanowiąca dopłatę do Pakietu Pracowniczego) za jeden Pakiet Rodzinny wynosi: …………………. zł netto + podatek VAT w kwocie….. zł, co stanowi …………………….. zł brutto (słownie: ……………… zł).**

**\*) Zgodnie z Rozdziałem XVI ust. 3 SIWZ Zamawiający zastrzega, że maksymalna wysokość jednostkowej składki miesięcznej za Pakiet Rodzinny nie może być wyższa niż 130,00 zł brutto**

Zamawiający zastrzega sobie prawo do nieskorzystania z Pakietu Rodzinnego w przypadku, gdy pracownicy Zamawiającego nie będą zainteresowani usługą.

1. Zgodnie z opisem kryteriów, jakimi Zamawiający będzie się kierował przy wyborze oferty, zawartym w Rozdziale XVII SIWZ, oferujemy:
2. udostępnimy **………………. (należy podać liczbę)** placówek medycznych w miastach wskazanych przez Zamawiającego, w których świadczone będą usługi medyczne w ramach ubezpieczenia zdrowotnego, zgodnie z informacjami zamieszczonymi w wykazie placówek medycznych wg wzoru Załącznika nr 6.1 do SIWZ**;**
3. konsultacje profesorskie, o których mowa w pkt VI ust. 1 ppkt 1) Załącznika nr 2 do SIWZ (OPZ) z limitem konsultacji **…………………. (należy podać liczbę)** dla każdej osoby uprawnionej w okresie 1 roku ochrony ubezpieczeniowej;
4. rezerwację terminów usług medycznych bezpośrednio w placówce udostępnianej przez Wykonawcę: **TAK\*\*/NIE\*\*** (\*\*niepotrzebne skreślić).
5. Refundację cennikową usług medycznych, o której mowa w pkt VI ust.1 ppkt 2) Załącznika nr 2 do SIWZ (OPZ): **TAK\*\*/NIE\*\*** (\*\*niepotrzebne skreślić).
6. Ponadto, składając niniejszą ofertę **oświadczam (y)**, że:
7. Zapoznaliśmy się ze Specyfikacją Istotnych Warunków Zamówienia wraz ze wszystkimi wyjaśnieniami i zmianami dokonanymi w toku postępowania i nie wnosimy do niej żadnych zastrzeżeń. Tym samym zobowiązujemy się do spełnienia wszystkich warunków zawartych w SIWZ.
8. Cena naszej oferty obejmuje wszelkie koszty związane z wykonaniem przedmiotu zamówienia.
9. Zaoferowane ceny ryczałtowe poszczególnych pakietów nie ulegną zwiększeniu w okresie realizacji zamówienia i nie podlegają waloryzacji.
10. Akceptujemy wzór umowy i zobowiązujemy się do jej zawarcia bez zastrzeżeń, w przypadku wyboru naszej oferty, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
11. Uważamy się za związanych niniejszą ofertą przez okres wskazany w SIWZ.
12. Oświadczamy, że usługę objętą zamówieniem wykonamy\*\*

- siłami własnymi, tj. bez udziału podwykonawców;

- przy udziale podwykonawców (informację o podwykonawcach proszę zamieścić w Załączniku nr 9 do SIWZ.

\*\*) niepotrzebne skreślić

1. Informacja, czy wybór oferty będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego: **TAK/NIE** *(właściwe zakreślić).*

W przypadku zakreślenia TAK – wskazanie nazwy (rodzaju) towaru lub usługi, których dostawa lub świadczenie będzie prowadzić do jego powstania: ………………………………………………………………………………………………………………………………………. oraz wskazanie ich wartości bez kwoty podatku:…………………………………………………………… .

1. Wszelką korespondencję w sprawie niniejszego postępowania należy kierować na adres:……………………………………………, faksem na nr: ............................ , pocztą elektroniczną na adres e-mail: ………………………………. .
2. Ofertę niniejszą wraz z załącznikami składamy na \_\_\_ kolejno ponumerowanych stronach.
3. Inne informacje Wykonawcy, w tym informacje na temat zastrzeżenia informacji stanowiących tajemnicę przedsiębiorstwa:

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

1. Załącznikami do oferty są:
2. ……………………………………………
3. ……………………………………………
4. …

Pod groźbą odpowiedzialności karnej oświadczam, że załączone do oferty dokumenty opisują stan prawny i faktyczny aktualny na dzień otwarcia ofert.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,dnia\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(podpis osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy/*

*Wykonawców występujących wspólnie)*

1. W przypadku wykonawców występujących wspólnie należy podać dane wszystkich wykonawców, ze wskazaniem Pełnomocnika [↑](#footnote-ref-1)