

**FORMULARZ OFERTOWY**

Pełna nazwa Oferenta

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

Adres Wykonawcy

ul. ............................................................................... nr ...............................................................................

kod pocztowy ............................................................. miejscowość: ..............................................................

Nr tel.: ........................................................................ KRS: ……………………………………………………………..…………

REGON: …................................................................. NIP:..............................................................................

e -mail: …..................................@.............................. http://..........................................................................

Oferta w Konkursie na Wybór brokera ubezpieczeniowego dla Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Zespołu Szpitali Miejskich w Chorzowie

* + - 1. Oświadczamy, iż posiadamy **zezwolenie nr ………………… wydane przez ……………………………..** na wykonywanie działalności brokerskiej w zakresie ubezpieczeń i reasekuracji.
      2. **Oświadczamy, iż prowadzimy nieprzerwaną działalność brokerską na polskim rynku ubezpieczeniowym od …………………. lat** (minimum 10 lat), oraz jesteśmy w sytuacji finansowej i ekonomicznej zapewniającej należyte wykonanie zamówienia.
      3. Oświadczamy, iż posiadamy wyspecjalizowany Dział zajmujący się likwidacją szkód i **uczestniczyliśmy w przeprowadzeniu ………………………………… (co najmniej 5) postępowań likwidacyjnych szkód medycznych w latach 2018-2021 dla podmiotów leczniczych.**
      4. Oświadczamy, że na prośbę Zamawiającego, przekażemy wykaz zlikwidowanych szkód w latach 2018-2021.
      5. Oświadczamy, iż przeprowadziliśmy …………………………….. (co najmniej 5) **szkoleń dla pracowników podmiotów leczniczych w temacie zarządzania ryzykiem klinicznym** w latach 2018-2021.
      6. Oświadczamy, iż dysponujemy odpowiednim potencjałem kadrowym, tzn. zatrudniamy …… osoby/-ób posiadające/-ych uprawnienia do wykonywania czynności brokerskich mających doświadczenie w obsłudze brokerskiej podmiotów leczniczych.
      7. Oświadczamy, że w trakcie świadczenia obsługi brokerskiej niezwłocznie zareagujemy na zgłoszony przez Zamawiającego problem, jednak nie później niż w czasie do 24 godzin przypadających na dni robocze.
      8. Zapewniamy, że oferowana przez nas usługa odpowiada wymaganiom jakościowym postawionym w konkursie.
      9. Oświadczamy, że:
         * zapoznaliśmy się z treścią zaproszenia do konkursu i akceptujemy jego treść,
         * otrzymaliśmy wszystkie konieczne informacje potrzebne do przygotowania oferty.

1. Bez zastrzeżeń przyjmujemy warunki zawarcia umowy i w przypadku wygrania konkursu deklarujemy gotowość podpisania umowy w terminie do 5 dni od ogłoszenia wyniku konkursu..
2. **Osobą do kontaktów w sprawie oferty/ umowy jest:**

**Pan/i: .….…….…….….…….….………….**

**Telefon: ………………………………..……….**

**Adres e-mail: ………………………………………….**

1. Wraz z ofertą przedkładamy następujące oświadczenia i dokumenty:

a/ ………………………………………………………………;

b/ …………………………………………………………................;