**Załącznik nr 3 do zapytania ofertowego (formularz oferty)**

 **Znak sprawy: ADP.2302.47.2022**

**Zamawiający:**Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach
25-369 Kielce, ul. Żeromskiego 5

|  |  |
| --- | --- |
| **(pieczęć firmowa Wykonawcy)** | **Formularz „OFERTA”** |

**Składając ofertę w postępowaniu o udzielenie zamówienia pn. „USŁUGA UBEZPIECZENIA OC PODMIOTU PRZEPROWADZAJĄCEGO EKSPERYMENT MEDYCZNY”** my niżej podpisani:

**Wykonawca 1**

Nazwa .............................................................................................................................................................

adres  ........…………........................................................................................................................................

nr telefonu ................................................... adres email *(do kontaktów z Zamawiającym)* …………………..

NIP ..................................................................., REGON ………................................................

**Wykonawca 2 \***

Nazwa .............................................................................................................................................................

adres  ........…………........................................................................................................................................

nr telefonu ................................................... adres email *(do kontaktów z Zamawiającym)* …………………..

NIP ..................................................................., REGON ………................................................

**Wykonawca 3 \***

Nazwa .............................................................................................................................................................

adres  ........…………........................................................................................................................................

nr telefonu ................................................... adres email *(do kontaktów z Zamawiającym)* …………………..

NIP ..................................................................., REGON ………................................................

**Pełnomocnik \*** do reprezentowania Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie Zamówienia (np. Lider Konsorcjum)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| □ Wykonawca 1 | □ Wykonawca 2 | □ Wykonawca 3 |

1. **SKŁADAMY OFERTĘ** na wykonanie przedmiotu zamówienia zgodnie z opisem przedmiotu zamówienia i wymaganiami zawartymi w zapytaniu ofertowym (dalej ZO):
	1. **Usługa ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu przeprowadzającego eksperyment medyczny (EM).**
2. **OŚWIADCZAMY**, że zapoznaliśmy się z treścią zapytania ofertowego wraz z załącznikami i uznajemy się za związanych określonymi w nim postanowieniami i zasadami postępowania.
3. **OFERUJEMY** wykonanie przedmiotu zamówienia za następującą cenę (podaną i wyliczoną w zaokrągleniu do dwóch miejsc po przecinku):

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Przedmiot ubezpieczenia** | **Suma ubezpieczenia****[zł]** | **Przewidywana liczba eksperymentów medycznych (w okresie ubezpieczenia)** | **Cena (wysokość składki) za 1 eksperyment w zł**  | **Cena (wysokość składki) za cały okres ubezpieczenia (24 miesięcy) w zł** **[kol. 4 x kol. 5]** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** |
| **Ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej podmiotu przeprowadzającego eksperyment medyczny**  |
| 1. | Eksperyment leczniczy z ingerencją w ciało |  | 2 |  |  |
| 2. | Eksperyment leczniczy bez ingerencji w ciało |  | 8 |  |  |
| 3. | Eksperyment badawczy z ingerencją w ciało |  | 26 |  |  |
| 4. | Eksperyment badawczy bez ingerencji w ciało |  | 14 |  |  |
| 5.  | Badania materiału biologicznego, w tym genetycznego, pobranego od osoby dla celów naukowych |  | 10 |  |  |
|  | **Akceptujemy następujące postanowienia fakultatywne:** |
| 1. | Ubezpieczenie asysty prawnej w związku z zawieranymi umowami obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu przeprowadzającego eksperyment medyczny | □ TAK | □ NIE |
| 2. | Wypłaty zaliczki | □ TAK | □ NIE |
| 3. | Sprawnej obsługi szkód | □ TAK | □ NIE |
| 4. | Akceptacji ryzyka | □ TAK | □ NIE |
|  | **PODSUMOWANIE:** |
|  | **CENA OFERTOWA BRUTTO – łączna kwota wynagrodzenia za wykonanie przedmiotu zamówienia** **SKŁADKA ŁĄCZNIE w okresie zamówienia (24 miesiące)***Suma kwot wskazanych w kol. 6* |  |

1. **OŚWIADCZAMY,** że:

Cenę oferty stanowi łączna kwota wynagrodzenia za wykonanie całego przedmiotu zamówienia odpowiadająca składce łącznej w całym okresie obowiązywania umowy. Podana powyżej cena zawiera wszystkie koszty związane z realizacją zamówienia.

1. **OŚWIADCZAMY,** że zapoznaliśmy się ze wzorem umowy oraz możliwymi zmianami do umowy stanowiącym **Załącznik Nr 2** do zapytania ofertowego i zobowiązujemy się, w przypadku uznania naszej oferty za najkorzystniejszą, do zawarcia umowy zgodnej z jej treścią, na warunkach określonych w zapytaniu ofertowym, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
2. **OŚWIADCZAMY,** że jesteśmy związani ofertą przez okres 30 dni uwzględniając, że termin składania ofert jest pierwszym dniem biegu terminu.
3. **OŚWIADCZAMY,** że wypełniliśmy obowiązki informacyjne przewidziane w SWZ oraz w art. 13 lub art. 14 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych (RODO), wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskaliśmy w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia w niniejszym postępowaniu, a które są ujawnione w dokumentach przedstawionych Zamawiającemu.
4. **DO OFERTY** załączamy:
5. .........................................................................................................................................................
6. .........................................................................................................................................................
7. .........................................................................................................................................................
8. **OSOBA DO KONTAKTU**:
9. imię i nazwisko ..................................................................,
10. telefon nr ...........................................................................,
11. fax nr .................................................................................,
12. adres email ........................................................................,

Data …..………………………….. 2022 r.

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

\* Wypełniają jedynie Wykonawcy wspólnie ubiegający się o udzielenie Zamówienia (np. konsorcja).

\*\* Niepotrzebne skreślić

.