**Załącznik nr 3 do Zapytania Ofertowego (formularz oferty)**

**Nr postępowania: ADP.2302.50.2024**

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

|  |  |
| --- | --- |
| **(pieczęć firmowa Wykonawcy)** | **Formularz „oferta”****WZÓR** |

**Składając ofertę w postępowaniu w trybie zapytania ofertowego pn. „usługa ubezpieczenia OC eksperymentów medycznych”** 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 |

**Składamy ofertę** na wykonanie przedmiotu zamówienia zgodnie ze szczegółowym opisem przedmiotu zamówienia i wymaganiami zawartymi w Zapytaniu Ofertowym (dalej ZO):

**Usługa ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej podmiotu przeprowadzającego eksperyment medyczny (EM);**

**Oświadczamy**, że zapoznaliśmy się z treścią Zapytania Ofertowego wraz z załącznikami i uznajemy się za związanych określonymi w niej postanowieniami i zasadami postępowania.

**Oferujemy** wykonanie przedmiotu zamówienia za następującą cenę (podaną i wyliczoną w zaokrągleniu do dwóch miejsc po przecinku):

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Przedmiot ubezpieczenia** | **Suma ubezpieczenia****[zł]** | **Liczba eksperymentów medycznych (w okresie ubezpieczenia)** | **Cena (wysokość składki) za 1 eksperyment w zł**  | **Cena (wysokość składki) za cały okres ubezpieczenia (36 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 publicznego (podstawowego – bez prawa opcji)****Składka łącznie w okresie zamówienia (36 miesięcy)** |  |

**Oświadczamy,** że:

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

**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 ich treścią, na warunkach określonych w Zapytaniu Ofertowym, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.

**Oświadczamy,** że jesteśmy związani ofertą przez czas wskazany w Zapytaniu Ofertowym, tj. przez okres 30 dni uwzględniając, że termin składania ofert jest pierwszym dniem biegu terminu.

**Oświadczamy,** że wypełniliśmy obowiązki informacyjne przewidziane w Zapytaniu Ofertowym 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 w niniejszym postępowaniu, a które są ujawnione w dokumentach przedstawionych Zamawiającemu.

**Do oferty** załączamy:

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

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

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

Osoba do kontaktu:

imię i nazwisko ..................................................................,

telefon nr ...........................................................................,

fax nr .................................................................................,

adres email ........................................................................,

Data …..………………………….. r.

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

podpis i pieczęć osoby/osób uprawnionej/ych

(dokument należy podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym przez osobę lub osoby umocowane do złożenia podpisu w imieniu wykonawcy/ wykonawcy wspólnie ubiegającego się o udzielenie zamówienia)

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

\*\*\* Niepotrzebne skreślić