*Załącznik nr 2 do SWZ*

**FORMULARZ OFERTY**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Zadanie:** | **„Ubezpieczenie grupowe na życie pracowników Dolnośląskiego Centrum Rehabilitacji i Ortopedii Sp. z o.o. w Kamiennej Górze oraz ich współmałżonków i pełnoletnich dzieci.”** | |
|  |  | |
| **Znak sprawy:** | | **DI-Z.26.12.2024** |
|  | | |

1. **Dane dotyczące Wykonawcy**
2. **Firma Wykonawcy** (należy wpisać dane Wykonawcy, który posiada uprawnienia do wykonywania działalności ubezpieczeniowej, tzn. centralę zakładu ubezpieczeń lub główny oddział w Polsce w przypadku zagranicznego zakładu ubezpieczeń):

Firma (nazwa)\*: ...........................................................................................................................

Adres: ...........................................................................................................................

Telefon/faks: ...........................................................................................................................

NIP: ...........................................................................................................................

REGON: ...........................................................................................................................

KRS: ...........................................................................................................................

e-mail: ...........................................................................................................................

\*w przypadku składania oferty przez Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia należy podać nazwy (firmy) oraz dokładne adresy wszystkich Wykonawców

1. **Jednostka Wykonawcy, która będzie brała udział w realizacji zamówienia** (należy wpisać dane oddziału, przedstawicielstwa, innej jednostki organizacyjnej Wykonawcy lub przedsiębiorcy wykonującego czynności na rzecz Wykonawcy w formie podobnej   
   do przedstawicielstwa - jeśli dotyczy):

Firma (nazwa): ...........................................................................................................................

Adres: ...........................................................................................................................

Telefon/faks: ...........................................................................................................................

1. **Osoba uprawniona przez Wykonawcę do podpisania i złożenia niniejszej oferty** (jeśli dotyczy):

Imię i nazwisko: ...........................................................................................................................

Stanowisko: ...........................................................................................................................

Telefon/faks: ...........................................................................................................................

e-mail: ...........................................................................................................................

1. **Dane dotyczące Zamawiającego:**

**Dolnośląskie Centrum Rehabilitacji i Ortopedii Sp. z o.o. w Kamiennej Górze**

**ul. J. Korczaka 1**

**58-400 Kamienna Góra**

1. Składając ofertę w postępowaniu o zamówienie publiczne, prowadzonym w trybie podstawowym na **„Ubezpieczenie grupowe na życie pracowników Dolnośląskiego Centrum Rehabilitacji i Ortopedii Sp. z o.o. w Kamiennej Górze oraz ich współmałżonków i pełnoletnich dzieci.”**

oferujemy wykonanie zamówienia, zgodnie z wymogami specyfikacji warunków zamówienia, za cenę:

**........................................................................................................................ złotych**

/usługa zwolniona z podatku VAT zgodnie z art. 43 ust. 1 pkt 37 ustawy z dnia 11 marca 2004 r. o podatku od towarów i usług (tekst jednolity Dz.U. z 2023 r., poz. 1570 ze zm.)/

wynikającą z wypełnionego formularza cenowego, zawartego poniżej.

Termin wykonania zamówienia: **24 miesiące**

Termin związania ofertą i warunki płatności: **zgodne z postanowieniami specyfikacji warunków zamówienia**.

Tabela nr 1

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Składka miesięczna łącznie za 1 osobę – Grupa nr 1: |  |
| 2. Łączna cena oferty – Grupa nr 1 (składka miesięczna łącznie za 1 osobę x 24 miesiące x przewidywana liczba osób **– 71 osób**): |  |
| 3. Składka miesięczna łącznie za 1 osobę – Grupa nr 2: |  |
| 4. Łączna cena oferty – Grupa nr 2 (składka miesięczna łącznie za 1 osobę x 24 miesiące x przewidywana liczba osób **– 229 osób**): |  |
| **5. Łączna cena oferty – Grupa nr 1, Grupa nr 2 (suma pozycji: 2 + 4)** |  |

**- akceptujemy następujące klauzule dodatkowe i inne postanowienia szczególne fakultatywne**

Tabela nr 2

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Klauzule dodatkowe i inne postanowienia szczególne fakultatywne** | **Akceptacja** |
| 1 | Klauzula obniżenia karencji |  |
| 2 | Klauzula zniesienia karencji |  |
| 3 | Klauzula minimalnego czasu pobytu w szpitalu |  |
| 4 | Klauzula – wydłużenie okresu pobytu w szpitalu na oddziale rehabilitacyjnym i neurologicznym |  |
| 5 | Klauzula - rozszerzenie odpowiedzialności z tytułu ubezpieczenia na wypadek operacji chirurgicznych |  |
| 6 | Klauzula - skrócenie wymaganego okresu pobytu w szpitalu uprawniającego do świadczenia z tytułu rekonwalescencji |  |
| 7 | Klauzula – rozszerzona definicja nieszczęśliwego wypadku |  |
| 8 | Klauzula - badania diagnostyczne |  |
| 9 | Klauzula – rozszerzenie odpowiedzialności za urodzenie dziecka |  |
| 10 | Klauzula funduszu prewencyjnego |  |
| 11 | Klauzula zniżek indywidualnych |  |
| 12 | Rozszerzenie zakresu ubezpieczenia o śmierć ubezpieczonego w następstwie nowotworu złośliwego |  |
| 13 | Rozszerzenie zakresu ubezpieczenia o zdiagnozowanie nowotworu złośliwego |  |
| 14 | Rozszerzenie zakresu ubezpieczenia o leczenie nowotworu złośliwego |  |
| 15 | Rozszerzenie zakresu ubezpieczenia o drugą opinię medyczną |  |
| 16 | Rozszerzenie zakresu ubezpieczenia o świadczenia assistance w okolicznościach utraty pracy |  |
| 17 | Umożliwienie Ubezpieczonym dobrowolnego dokupienia pakietów dodatkowych lub uzupełniających |  |

*W kolumnie „Akceptacja” w wierszu dotyczącym akceptowanej klauzuli lub postanowienia szczególnego proszę wpisać słowo „Tak” w przypadku przyjęcia danej klauzuli lub postanowienia szczególnego oraz słowo „Nie” w przypadku nie przyjęcia. Brak słowa „Tak” lub „Nie” uznany zostanie jako niezaakceptowanie danej klauzuli lub postanowienia szczególnego. W przypadku przyjęcia danej klauzuli lub postanowienia szczególnego, lecz w innej wersji niż podana w niniejszej specyfikacji, Zamawiający nie przyzna punktów dodatkowych.*

**- oferujemy następujące wysokości świadczeń:**

Tabela nr 3

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | **GRUPA I** | | **GRUPA II** | |
| L.p. | **Zdarzenie ubezpieczeniowe** | **wymagana minimalna wysokość skumulowanego świadczenia** | **oferowana przez Wykonawcę**  **wysokość skumulowanego**  **świadczenia** | **wymagana minimalna wysokość skumulowanego świadczenia** | **oferowana**  **Przez Wykonawcę wysokość skumulowanego**  **świadczenia** |
| 1 | Śmierć Ubezpieczonego  (choroba śmiertelna 50%) | 80 000 zł |  | 100 000 zł |  |
| 2 | Śmierć Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku | 150 000 zł |  | 200 000 zł |  |
| 3 | Śmierć Ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego | 160 000 zł |  | 250 000 zł |  |
| 4 | Śmierć Ubezpieczonego w następstwie wypadku przy pracy | 160 000 zł |  | 250 000 zł |  |
| 5 | Śmierć Ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego przy pracy | 250 000 zł |  | 350 000 zł |  |
| 6 | Śmierć Ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu | 100 000 zł |  | 150 000 zł |  |
| 7 | Śmierć współmałżonka | 20 000 zł |  | 25 000 zł |  |
| 8 | Śmierć współmałżonka w następstwie nieszczęśliwego wypadku | 40 000 zł |  | 50 000 zł |  |
| 9 | Śmierć rodziców lub teściów | 1 800 zł |  | 2 300 zł |  |
| 10 | Śmierć dziecka | 6 000 zł |  | 10 000 zł |  |
| 11 | Urodzenie się dziecka | 1 600 zł |  | 500 zł |  |
| 12 | Urodzenie martwego dziecka | 4 000 zł |  | 1 000 zł |  |
| 13 | Osierocenie dziecka | 6 000 zł |  | 10 000 zł |  |
| 14 | Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku (za 1% uszczerbku) | 700 zł |  | 800 zł |  |
| 15 | Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego w zawału serca lub udaru mózgu (za 1% uszczerbku) | 600 zł |  | 800 zł |  |
| 16 | Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku przy pracy (za 1% uszczerbku) | 800 zł |  | 900 zł |  |
| 17 | Wystąpienie lekkich urazów /obrażeń ciała | 400 zł |  | 500 zł |  |
| 18 | Poważne zachorowanie Ubezpieczonego | 9 000 zł |  | 12 000 zł |  |
| 19 | Poważne zachorowanie współmałżonka | 4 000 zł |  | 5 000 zł |  |
| 20 | Poważne zachorowanie dziecka | 8 000 zł |  | 3 000 zł |  |
| 21 | Operacje chirurgiczne Ubezpieczonego | 3 000 zł |  | 5 000 zł |  |
| 22 | Pobyt Ubezpieczonego na OIOM w następstwie choroby lub nieszczęśliwego wypadku (świadczenie ryczałtowe, jednorazowe) | 600 zł |  | 1000 zł |  |
| 23 | Rekonwalescencja Ubezpieczonego – świadczenie dzienne za maks. 30 dni | 30 zł |  | 50 zł |  |
| 24 | Ryczałt na zakup leków po pobycie w szpitalu dla Ubezpieczonego | 200 zł |  | 300 zł |  |
| 25 | Leczenia specjalistyczne Ubezpieczonego | 3 500 zł |  | 5 000 zł |  |
| 26 | Leczenie Ubezpieczonego w szpitalu w związku z chorobą | 75 zł |  | 100 zł |  |
| 27 | Leczenie Ubezpieczonego w szpitalu w związku z zawałem serca lub udarem mózgu | 150 zł |  | 200 zł |  |
| 28 | Leczenie Ubezpieczonego w szpitalu w związku z doznanymi obrażeniami ciała w następstwie nieszczęśliwego wypadku | 200 zł |  | 250 zł |  |
| 29 | Leczenie Ubezpieczonego w szpitalu w związku z doznanymi obrażeniami ciała w następstwie nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego | 250 zł |  | 350 zł |  |
| 30 | Leczenie Ubezpieczonego w szpitalu w związku z doznanymi obrażeniami ciała w następstwie nieszczęśliwego wypadku w pracy | 250 zł |  | 350 zł |  |
| 31 | Leczenie Ubezpieczonego w szpitalu w związku z doznanymi obrażeniami ciała w następstwie nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego w pracy | 350 zł |  | 500 zł |  |
| 32 | Leczenie współmałżonka w szpitalu w związku z chorobą | 70 zł |  | 90 zł |  |
| 33 | Leczenie współmałżonka w szpitalu w związku z doznanymi obrażeniami ciała w następstwie nieszczęśliwego wypadku | 140 zł |  | 180 zł |  |
| 34 | Leczenie dziecka w szpitalu w związku z chorobą | 70 zł |  | 30 zł |  |
| 35 | Leczenie dziecka w szpitalu w związku z doznanymi obrażeniami ciała w następstwie nieszczęśliwego wypadku | 140 zł |  | 60 zł |  |
| 36 | Świadczenia assistance | wg oferty |  | wg oferty |  |

*Uwaga: W kolumnie „Oferowana wysokość świadczenia przez Wykonawcę” w wierszu dotyczącym danej Grupy należy wpisać wartość proponowanej wysokości świadczenia. Brak wpisanej wartości świadczenia oznacza zaakceptowanie wartości minimalnej. Wpisanie wartości niższej niż wymagana minimalna wysokość świadczenia w danej pozycji będzie oznaczało niezaakceptowanie warunku obligatoryjnego, a tym samych oferta będzie podlegała odrzuceniu.*

**Oświadczamy, że:**

1. nie partycypujemy w jakiejkolwiek innej ofercie dotyczącej tego samego postępowania (części zamówienia), jako Wykonawca,
2. zapoznaliśmy się ze specyfikacją warunków zamówienia oraz z wyjaśnieniami do specyfikacji i jej modyfikacjami (jeżeli takie miały miejsce) i nie wnosimy do nich zastrzeżeń,
3. zdobyliśmy konieczne informacje dotyczące realizacji zamówienia oraz przygotowania i złożenia oferty,
4. uważamy się związani niniejszą ofertą przez okres wskazany przez Zamawiającego w specyfikacji warunków zamówienia,
5. przedstawione w specyfikacji warunków zamówienia warunki zawarcia umowy zostały przez nas zaakceptowane i wyrażamy gotowość realizacji zamówienia zgodnie z postanowie­niami specyfikacji   
   i umowy,
6. wybór niniejszej oferty:

* nie będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego;**\***
* będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego w następującym zakresie:**\***.......................................................................................................................................

Wykonawca, składając ofertę, zobowiązany jest poinformować Zamawiającego, czy wybór oferty będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług, wskazując nazwę (rodzaj) usługi, której świadczenie będzie prowadzić do jego powstania oraz wskazując jej wartość bez kwoty podatku. Brak wymaganych skreśleń w oświadczeniu wyżej oznacza, że złożona oferta nie będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego.

1. Wyrażamy zgodę na:
   1. ratalną płatność składki, z zastrzeżeniami zawartymi w specyfikacji warunków zamówienia,
   2. przyjęcie wszystkich warunków wymaganych przez Zamawiającego (obligatoryjnych)   
      dla poszczególnych rodzajów ubezpieczeń i ryzyk wymienionych w specyfikacji i jej załącznikach,
   3. przyjęcie zaznaczonych przez nas warunków fakultatywnych przypisanych dla poszczególnych rodzajów ubezpieczeń,
2. **zamierzamy/ nie zamierzamy**\* powierzyć Podwykonawcom następujący zakres usług, objętych przedmiotem zamówienia:

**Tabela nr 4: Wykaz Podwykonawców i zakres świadczonych przez nich usług.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Zakres usług ubezpieczeniowych** | **Podwykonawca (firma)** |
|  |  |

\* niepotrzebne skreślić

1. Sposób reprezentowania Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia\* (pełnomocnik) na potrzeby niniejszego zamówienia jest następujący:

Imię i nazwisko: ……………………………………………………………………..

Stanowisko: ……………………………………………………………………..

Telefon / Faks ……………………………………………………………………..

Zakres pełnomocnictwa:

1. do reprezentowania w postępowaniu\*
2. do reprezentowania w postępowaniu i zawarcia umowy\*

\* niepotrzebne skreślić (wypełniają wyłącznie Wykonawcy składający ofertę wspólną)

1. Informacje dotyczące Wykonawcy\*:
   * + - 1. Czy Wykonawca jest mikro przedsiębiorstwem ? TAK/NIE\*
         2. Czy Wykonawca jest małym przedsiębiorstwem ? TAK/NIE\*
         3. Czy Wykonawca jest średnim przedsiębiorstwem? TAK/NIE\*

\*\* niepotrzebne skreślić (dotyczy całego zakładu ubezpieczeń, a nie jego jednostki terenowej)

**\*Tabela nr 5: Kategorie przedsiębiorstw wg załącznika I do Rozporządzenie Komisji (We) Nr 364/2004 z dnia 25.02.2004 r.**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **kategoria przedsiębiorstwa** | **liczba osób zatrudnionych** | **i** | **roczny obrót** | **lub** | **całkowity bilans roczny** |
| mikro | <10 | ≤ 2 mln euro | ≤ 2 mln euro |
| małe | < 50 | ≤ 10 mln euro | ≤ 10 mln euro |
| średnie | < 250 | ≤ 50 mln euro | ≤ 43 mln euro |

1. **Oświadczamy\*, że**
2. statut reprezentowanego przez nas Wykonawcy – towarzystwa ubezpieczeń wzajemnych przewiduje, że towarzystwo ubezpiecza także osoby niebędące członkami towarzystwa;
3. w przypadku wyboru oferty reprezentowanego przez nas Wykonawcy – towarzystwa ubezpieczeń wzajemnych, towarzystwo udzieli ochrony ubezpieczeniowej Zamawiającemu, jako osobie niebędącej członkiem towarzystwa;
4. wybór oferty towarzystwa ubezpieczeń wzajemnych nie będzie skutkował członkostwem w tym towarzystwie i koniecznością wnoszenia składki członkowskiej, nawet jeśli w przeszłości którykolwiek   
   z podmiotów objętych zamówieniem był lub nadal jest członkiem towarzystwa ubezpieczeń wzajemnych;
5. zgodnie z art. 111 ust 2 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej   
   i reasekuracyjnej Zamawiający nie będzie zobowiązany do pokrywania strat towarzystwa przez wnoszenie dodatkowej składki ubezpieczeniowej.

\* dotyczy wyłącznie Wykonawcy, który działa w formie towarzystwa ubezpieczeń wzajemnych

1. Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 rozporządzenia 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) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.\*

\* 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).

1. Oświadczam, że zapoznałem się z klauzulą informacyjną z art. 13 rozporządzenia 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), przedstawioną przez Zamawiającego w specyfikacji warunków zamówienia, w celu związanym z niniejszym postępowaniem o udzielenie zamówienia publicznego.
2. W sprawach nieuregulowanych w specyfikacji warunków zamówienia i w ofercie mają zastosowanie następujące ogólne lub/i szczególne warunki ubezpieczenia oraz aneksy do tych warunków (należy wpisać wszystkie ogólne i szczególne warunki z datami zatwierdzenia przez zarząd Wykonawcy i wszystkie aneksy do tych warunków obowiązujące na dzień składania oferty):

**Tabela nr 6: Wyszczególnienie wszystkich obowiązujących ogólnych i szczególnych warunków ubezpieczenia oraz aneksów do tych warunków, mających zastosowanie do niniejszego zamówienia.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wyszczególnienie** | **Data zatwierdzenia przez Zarząd Wykonawcy** |
|  | | |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Wskazane wyżej warunki ubezpieczenia, jako wzorce umowne mające zastosowanie w sprawach nieuregulowanych w SWZ, Wykonawca zobowiązany jest załączyć do oferty. W przypadku rozbieżności pomiędzy informacjami zawartymi w powyższej tabeli i załączonymi wzorcami, za obowiązujące zostaną uznane załączone ogólne warunki ubezpieczenia.

1. Informuję że, Zamawiający będzie mógł pobrać dokumenty rejestrowe Wykonawcy (np. w celu weryfikacji umocowania do reprezentacji Wykonawcy) z ogólnodostępnej bazy CEiDG lub KRS dostępnej pod linkiem:

|  |
| --- |
| link do strony: http:// |

1. **Załącznikami do niniejszej oferty są następujące dokumenty:**

**Tabela nr 7: Wykaz załączników do oferty.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Lp.** | **Wyszczególnienie** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

Niniejsza oferta oraz załączniki do niej są jawne i nie zawierają informacji stanowiących tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji, za wyjątkiem: …………………………………………………………………………..……………………………………….

Miejscowość i data: ……………….………

*Załącznik nr 3 do SWZ:*

***Oświadczenie o niepodleganiu wykluczeniu i spełnianiu warunków udziału w postępowaniu***

**WYKONAWCA:\***

Firma (nazwa): ...........................................................................................................................

Adres: ...........................................................................................................................

Telefon/faks: ...........................................................................................................................

NIP: ...........................................................................................................................

REGON: ...........................................................................................................................

KRS: ...........................................................................................................................

e-mail: ...........................................................................................................................

*\* w przypadku składania oferty przez wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia, należy podać* *nazwy (firmy) oraz dokładne adresy i pozostałe dane wszystkich wykonawców*

**OŚWIADCZENIE**

Działając zgodnie z art. 125 ust. 1 ustawy dnia 11 września 2019 r. Prawo zamówień publicznych (tekst jednolity Dz.U. z 2022 r. poz. 1710 ze zm.), składając ofertę w postępowaniu w sprawie zamówienia publicznego prowadzonego w trybie podstawowym na:

**„Ubezpieczenie grupowe na życie pracowników Dolnośląskiego Centrum Rehabilitacji i Ortopedii Sp. z o.o. w Kamiennej Górze oraz ich współmałżonków i pełnoletnich dzieci.”**

* + - 1. Oświadczamy, że reprezentowany przez nas Wykonawca nie podlega wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 108 ust. 1 ustawy Prawo zamówień publicznych oraz art. 7 ust. 1 ustawy   
         o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego z dnia 13 kwietnia 2022 r. (Dz. U. z 2022 poz. 835)

Miejscowość i data: ……………….……

*albo**(należy złożyć oświadczenie tylko wtedy, jeżeli dotyczy)*

Oświadczamy, że zachodzą w stosunku do reprezentowanego przez nas Wykonawcy podstawy wykluczenia z postępowania na podstawie art. …. ustawy Prawo zamówień publicznych (podać mającą zastosowanie podstawę wykluczenia spośród wymienionych w art. 108 ust. 1 pkt 1, 2 i 5 ustawy). Jednocześnie oświadczamy, że w związku z ww. okolicznością, na podstawie art. 110 ust. 2 u.p.z.p. reprezentowany przez nas Wykonawca podjął następujące środki naprawcze: ……………….…..

Miejscowość i data: ………………….

2. Oświadczamy, że reprezentowany przez nas Wykonawca spełnia warunki działu  w postępowaniu, określone przez Zamawiającego w specyfikacji warunków zamówienia.

Miejscowość i data: ……………….….

3. Oświadczamy, że wszystkie informacje podane w powyższych oświadczeniach są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia Zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

Miejscowość i data: ……………….….

*Załącznik nr 3a do SWZ:*

**Oświadczenie wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia**

**WYKONAWCA NR 1:\***

Firma (nazwa): ................................................................................................................

Adres: .................................................................................................................

Telefon/faks: ................................................................................................................

NIP: ................................................................................................................

REGON: .................................................................................................................

KRS: ................................................................................................................

e-mail: .................................................................................................................

**WYKONAWCA NR 2:\***

Firma (nazwa): .................................................................................................................

Adres: .................................................................................................................

Telefon/faks: .................................................................................................................

NIP: .................................................................................................................

REGON: .................................................................................................................

KRS: ................................................................................................................

e-mail: .................................................................................................................

*\* należy podać nazwy (firmy) oraz dokładne adresy i pozostałe dane wszystkich wykonawców składających ofertę wspólną*

**OŚWIADCZENIE**

Działając zgodnie z art. 117 ust. 4 ustawy dnia 11 września 2019 r. - Prawo zamówień publicznych (tekst jednolity Dz.U. z 2022 r. poz. 1710 ze zm.), składając ofertę w postępowaniu w sprawie zamówienia publicznego prowadzonego w trybie podstawowym na:

**„Ubezpieczenie grupowe na życie pracowników Dolnośląskiego Centrum Rehabilitacji i Ortopedii Sp. z o.o. w Kamiennej Górze oraz ich współmałżonków i pełnoletnich dzieci.”**

oświadczamy, że:

1. Wykonawca: *(firma wykonawcy)*

wykona następujący zakres przedmiotu zamówienia:

1. Wykonawca: *(firma wykonawcy)*

wykona następujący zakres przedmiotu zamówienia:

Miejscowość i data: ……………….………

# *Załącznik nr 4 do SWZ*

**Oświadczenie o przynależności do tej samej grupy kapitałowej**

**WYKONAWCA:**

Firma (nazwa): .................................................................................................................

Adres: ...............................................................................................................

Telefon/faks: ..............................................................................................................

NIP: .................................................................................................................

REGON: .................................................................................................................

KRS: .................................................................................................................

e-mail: .................................................................................................................

**OŚWIADCZENIE**

Dotyczy: oferty w postępowaniu w sprawie zamówienia publicznego na **„Ubezpieczenie grupowe na życie pracowników Dolnośląskiego Centrum Rehabilitacji i Ortopedii Sp. z o.o. w Kamiennej Górze oraz ich współmałżonków i pełnoletnich dzieci.”**

**Oświadczamy, że**

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Jesteśmy członkiem grupy kapitałowej** w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (t.j. Dz.U. z 2023 r., poz. 1689 z późn.zm.),  **w skład której wchodzą następujące podmioty uczestniczące w niniejszym postępowaniu\*:** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa i adres Wykonawcy** |
| 1. |  |
| 2. |  |
| 3. |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Nie należymy do grupy kapitałowej, w skład której wchodzą podmioty uczestniczące w niniejszym postępowaniu\***. |

**\***Należy wybrać jedną z opcji przez wstawienie znaku „X” w polu odnoszącym się do wybranej pozycji.