Załącznik nr 1 do Zaproszenia do składania ofert

_____

_____

_____

(Nazwa i adres wykonawcy, NIP

os. do kontaktu, tel. e-mail)

_____, dnia _____ r.

OFERTA

Nadleśnictwo Węgliniec

ul. Piłsudskiego 6, 59-940 Węgliniec

Odpowiadając na zapytanie przesłane w ramach zaproszenia do składania ofert z dnia 10.11.2026 zn. spr. NK.270.1.2026 dotyczące zamówienia publicznego o wartości mniejszej niż kwota 170 000 złotych, prowadzone z pominięciem stosowania przepisów ustawy z dnia 11 września 2019 r. Prawo zamówień publicznych (Dz.U. z 2026 r. poz. 796 z późn. zm.) na realizację usług pn. „***Usługa grupowego ubezpieczenia zdrowotnego wraz z medycyną pracy dla pracowników Nadleśnictwa Węgliniec oraz grupowego ubezpieczenia zdrowotnego dla członków ich rodzin na okres 01.01.2027 r. do 31.12.2027 r. (12 miesięcy)***" składamy niniejszym ofertę zgodnie z zasadami określonymi w zapytaniu ofertowym.

A. CENA OFERTOWA:

1. Cena dodatkowej opieki medycznej dla pracownika (pakiet pracownika)

Oferujemy świadczenie usług wg następujących stawek jednostkowych:

Nazwa usługi	Cena jedn. netto (PLN)	Stawka podatku VAT (%)	Kwota podatku VAT (PLN) /kol.2*kol.3/	Cena jedn. brutto (PLN) /kol.2+kol.4/	Ilość szt.	**Cena oferty brutto (PLN)** /kol.5*kol.6/
1	2/	/3/	4	5	6	7
Usługa medyczna, Pakiet Pracownika					54	

2. Cena opieki medycznej dla pracownika oraz kandydata do pracy (medycyna pracy)

Oferujemy świadczenie usług wg następujących stawek jednostkowych:

Nazwa usługi	Cena jedn. netto (PLN)	Stawka podatku VAT (%)	Kwota podatku VAT (PLN) /kol.2 x kol.3/	Cena jedn. brutto (PLN) /kol.2+kol.4/	Ilość szt.	**Cena oferty brutto (PLN)** /kol.5*kol.6/
1	2	3	4	5	6	7
Usługa medyczna, Pakiet Medycyna Pracy					54	

3. Cena dodatkowej opieki medycznej dla członka rodziny pracownika Zamawiającego

Nazwa usługi	Cena jedn. netto (PLN)	Stawka podatku VAT (%)	Kwota podatku VAT (PLN) /kol.2*kol.3/	Cena jedn. brutto (PLN) /kol.2+kol.4/	Ilość szt.	**Cena oferty brutto (PLN)** /kol.5*kol.6/
1	2	3	4	5	6	7
Usługa medyczna, Pakiet Partnerski					13	
Usługa medyczna, Pakiet Rodzinny					3	
					RAZEM:	

4. Zwrot kosztów za usługi medyczne poza placówkami wykonawcy – Z

Oferujemy zwrot kosztów za usługi medyczne poza placówkami Wykonawcy.

Zwrot kosztów dotyczy całego zakresu świadczeń określonego w OPZ stanowiącego załącznik nr 2 do Zapytania ofertowego (zaznaczyć właściwe):

☐ **TAK**

☐ **NIE**

B. OŚWIADCZENIA:

1. Oferujemy realizację zamówienia w terminie **12 miesięcy** od objęcia ochroną ubezpieczeniową od daty podpisania umowy.
2. Oświadczamy, że zdobyliśmy wszystkie konieczne informacje potrzebne do właściwego przygotowania oferty.
3. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się ze Zaproszeniem do składania ofert wraz ze wszystkimi dokumentami i zobowiązujemy się do stosowania i ścisłego przestrzegania warunków w nim określonych.
4. Oświadczamy, że dostępność do lekarzy: specjalisty chorób wewnętrznych (internista), pediatry oraz lekarza rodzinnego będzie wynosiła max. 2 dni robocze (wizyty stacjonarne lub teleporada) w całym okresie trwania umowy.
5. Oświadczamy, że oferta jest zgodna ze szczegółowym opisem zawartym w **Załączniku nr 2** do Zaproszenia do składania ofert – opis przedmiotu zamówienia.
6. Oświadczamy, że zamówienie zrealizowane zostanie **(*niepotrzebne skreślić)***
   - siłami własnymi: TAK / NIE
   - z pomocą podwykonawcy: TAK / NIE
     który realizować będzie część zamówienia obejmującą:

     ……

     Dane podwykonawcy: ……

   Lista podwykonawców tj. placówek partnerskich współpracujących z Wykonawcą stanowi załącznik do formularza oferty.
7. Oświadczamy, że akceptujemy warunki płatności: przelew na wskazane w polisie ubezpieczeniowej konto. Termin płatności kolejnych rat składki i ich wysokość określone zostaną w polisie lub w pisemnej umowie ubezpieczenia.
8. Oświadczam, że wypełniliśmy obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO [1] 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)).

C. SPIS DOKUMENTÓW:

Ofertę stanowią następujące dokumenty *(wymienić właściwie)*:

1) Formularz oferty, którego wzór stanowi załącznik nr 1 do Zaproszenia do składania ofert,

[1] Rozporządzenie 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, str. 1).

2) Oświadczenie Wykonawcy o niepodleganiu wykluczeniu z udziału w postępowaniu i spełnieniu warunków udziału w postępowaniu, którego wzór stanowi Załącznik nr 3 do Zapytania ofertowego.
3) Dokument potwierdzający, że Wykonawca posiada przewidziane prawem zezwolenia na wykonywanie działalności ubezpieczeniowej, o którym mowa w ustawie z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (tekst jednolity Dz. U. z 2025 r. poz. 1526).
4) Lista podwykonawców tj. placówek partnerskich współpracujących z Wykonawcą (jeśli dotyczy),
5) Ogólne warunki ubezpieczenia,
6) Taryfikator oraz procedurę zwrotu kosztów, tj. refundacji (jeśli dotyczy)
7) Wzór polisy ubezpieczeniowej.

_____

(podpis)