

Miejskie Centrum Opieki dla Osób Starszych,  
Przewlekłe Niepełnosprawnych oraz Niezależnych w Krakowie  
ul. Wielicka 267, 30-663 Kraków  
samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej  
tel 012 44-67-500, fax 012 44-67-501  
http://zol-krakow.com.pl  
Sąd Rejonowy dla Krakowa – Śródmieście w Krakowie  
KRS 0000057996, NIP 679-20-26-141

Załącznik nr 1 do Ogłoszenia

/pieczęć adresowa Wykonawcy/

## **FORMULARZ OFERTOWY**

ZAMAWIAJĄCY:

**Miejskie Centrum Opieki dla Osób Starszych,  
Przewlekłe Niepełnosprawnych  
oraz Niezależnych  
ul. Wielicka 267  
30-663 Kraków**

Odpowiadając na ogłoszenie konkursu ofert na „usługi ubezpieczeniowe w zakresie: obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą, dobrowolnego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych, ubezpieczenia majątkowego” oferujemy realizację przedmiotu zamówienia za cenę:

**Część nr 1 – obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (rozszerzone o zakres zaopatrzenia w środki pomocnicze i wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi)**

brutto: .....PLN (za 12 miesięcy).

słownie: .....

**Część nr 2 – dobrowolne ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych**

brutto: .....PLN (za 12 miesięcy).

słownie: .....

**Część nr 3 – ubezpieczenie majątkowe**

brutto: .....PLN (za 12 miesięcy).

słownie: .....



ISO 9001:2008

Miejskie Centrum Opieki dla Osób Starszych,  
Przewlekłe Niepełnosprawnych oraz Niezależnych w Krakowie  
ul. Wielicka 267, 30-663 Kraków  
samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej  
tel 012 44-67-500, fax 012 44-67-501  
http://zol-krakow.com.pl  
Sąd Rejonowy dla Krakowa – Śródmieście w Krakowie  
KRS 0000057996, NIP 679-20-26-141

Ponadto:

1. Przedmiot zamówienia wykonamy **w terminie 12 miesięcy**, od dnia podpisania umowy ubezpieczenia.
2. W przypadku przyznania nam zamówienia, **zobowiązujemy się** do realizacji zamówienia **w terminie** wskazanym przez Zamawiającego.
3. Oferta została złożona na .....**stronach** podpisanych i kolejno ponumerowanych od nr .....do nr .....
4. Informujemy także, iż osobą uprawnioną do kontaktów z Zamawiającym jest  
Pani/Pan....., tel. ....,  
fax. ...., e-mail .....
5. Posiadamy następujący numer konta bankowego: .....  
numer NIP: .....oraz numer REGON .....
6. Jako swoje miejsce zamieszkania wskazujemy .....  
.....  
.....  
(wypełniają tylko Wykonawcy, którzy prowadzą działalność gospodarczą, jako osoby fizyczne)

.....  
/ Miejscowość i data/

.....  
/Upoważnieni przedstawiciele Wykonawcy/