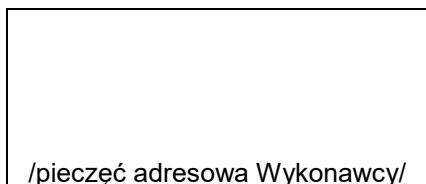




Zakład Opiekuńczo-Leczniczy w Krakowie
30-663 Kraków, ul. Wielicka 267
samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej
tel 012 658-43-24 fax 012 658-43-76
http://www.zol.krakow.pl
Sąd Rejonowy dla Krakowa – Śródmieścia w Krakowie
KRS 0000057996, NIP 679-20-26-141

Załącznik nr 1 do Ogłoszenia



/pieczęć adresowa Wykonawcy/

FORMULARZ OFERTOWY

ZAMAWIAJĄCY:
Zakład Opiekuńczo – Leczniczy
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:

Ponadto:

1. Przedmiot zamówienia wykonamy w terminie 12 miesięcy, od dnia podpisania umowy ubezpieczenia.



ISO 9001:2008



Zakład Opiekuńczo-Leczniczy w Krakowie
30-663 Kraków, ul. Wielicka 267
samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej
tel 012 658-43-24 fax 012 658-43-76
http://www.zol.krakow.pl
Sąd Rejonowy dla Krakowa – Śródmieście w Krakowie
KRS 0000057996, NIP 679-20-26-141

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 nrdo 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/

.....
/Upelnomocnieni przedstawiciele Wykonawcy/



ISO 9001:2008