

**ZALĄCZNIK NR 2**

**FORMULARZ CENOWY**

Nazwa i siedziba Oferenta:

.....  
.....

Nr telefonu/ Nr fax.

.....  
Osoba uprawniona do kontaktu z Zamawiającym:

**Oferujemy składkę roczną za ubezpieczenia w zakresie:**

1. Obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej świadczeniodawcy udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej  
– składka roczna .....
2. Odpowiedzialność cywilna deliktowo – kontraktowa Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Skierniewicach za szkody osobowe i rzeczowe powstałe z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej, posiadanego i użytkowanego mienia wraz z klauzulami rozszerzającymi ochronę  
– składka roczna .....
3. OC Członka Zarządu – Dyrekcji Szpitala  
– składka roczna .....
4. Ubezpieczenie maszyn i urządzeń od wszystkich szkód materialnych ( all risk )  
– składka roczna .....

**Łączna cena roczna/ składka ubezpieczeniowa/ ..... zł,**

Słownie złotych:

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

Oświadczamy, że zapoznaliśmy się ze specyfikacją istotnych warunków zamówienia i nie wnosimy do niej żadnych zastrzeżeń

Klauzule i warunki szczególne mają pierwszeństwo nad ogólnymi warunkami ubezpieczenia.

Oświadczamy, że w razie wybrania naszej oferty zobowiązujemy się do przygotowania polis w terminie określonym przez zamawiającego

Ofertę niniejszą składamy na ..... ponumerowanych stronach.

Załącznikami do niniejszego formularza stanowiącymi integralną część oferty są:

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

....., dnia .....

.....  
data i podpis Oferent