***Załącznik nr 1***

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

(pieczęć Wykonawcy)

**FORMULARZ OFERTOWY**

**Grupowe pracownicze ubezpieczenie na życie oraz grupowe ubezpieczenie zdrowotne pracowników Eko Dolina Sp. z o.o. i członków ich rodzin w latach 2017-2019**

**Niniejszą ofertę składa:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nazwa Wykonawcy** | **Adres Wykonawcy** | **Nr NIP** | **nr REGON** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**OSOBA UPRAWNIONA DO KONTAKTÓW (dla niniejszej oferty):**

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię i Nazwisko** |  |
| **Adres** |  |
| **Telefon** |  |
| **Fax.** |  |
| **e-mail** |  |

**Dane dotyczące Zamawiającego**EKO DOLINA Sp. z o. oŁężyce, Al. Parku Krajobrazowego 99 84-207 Koleczkowo

**Deklaracja Wykonawcy:**

Nawiązując do ogłoszenia o przetargu nieograniczonym na: Grupowe pracownicze ubezpieczenie na życie oraz grupowe ubezpieczenie zdrowotne pracowników Eko Dolina Sp. z o.o. i członków ich rodzin w latach 2017-2019, oferujemy:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**za zadanie 1 tj. grupowe pracownicze ubezpieczenie na życie:**

(*wypełnić, jeżeli Wykonawca składa ofertę na zadanie 1*)

**I Kryterium – Cena (waga 50%):**

|  |  |
| --- | --- |
| **Ryzyko** | Cena pojedynczego pakietu w PLN brutto (brutto=netto)/miesiąc |
| Dobrowolne ubezpieczenie na życie |  |

w tym:

1. ………………..% wartości brutto ceny stanowi wynagrodzenie z tytułu zawartych przez Wykonawcę umów o pracę *(****wypełnić o ile dotyczy****),* w tym…………………..%, wartości brutto ceny stanowi wynagrodzenie z tytułu zawartych przez Wykonawcę umów o pracę równe wysokości minimalnego wynagrodzenia za pracę ustalonego na podstawie ustawy z dnia 10.10.2002r. o minimalnym wynagrodzeniu o pracę *(****wypełnić o ile dotyczy****)*
2. ………………..% wartości brutto ceny stanowi wynagrodzenie z tytułu zawartych przez Wykonawcę umów zlecenia, umów o dzieło oraz innych umów cywilnoprawnych z osobami fizycznymi niebędącymi przedsiębiorcami *(****wypełnić o ile dotyczy****)*

**II Kryterium „Indywidualna Kontynuacja” (waga 10%):**

Cena Pakietu Indywidualna Kontynuacja za jeden tysiąc PLN Sumy Ubezpieczenia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_PLN

1. cena jednostkowa za „Indywidualną kontynuację” za każdy 1.000 (jeden tysiąc) PLN Sumy Ubezpieczenia: **…………………..PLN\*\*\***

**III Kryterium „Rozszerzony zakres świadczeń” (waga 40%):**

**Oświadczamy**, iż oferujemy rozszerzenie katalogu ciężkich chorób o następujące jednostki chorobowe:

1) transplantacja organów

2) utrata wzroku

3) oponiak

4) zapalenie wątroby

**tak** 🞏

**nie** 🞏

**Oświadczamy**, iż oferujemy skrócenie minimalnego czasu pobytu w szpitalu spowodowanego chorobą za który wypłacone zostanie należne świadczenie do minimum dwóch dni:

**tak** 🞏

**nie** 🞏

**Oświadczamy**, iż oferujemy rozszerzenie zakresu ochrony ubezpieczeniowej o leczenie specjalistyczne zgodnie z definicją zawartą w opisie przedmiotu zamówienia. Wysokość świadczenia – 2 000 zł:

**tak** 🞏

**nie** 🞏

**Oświadczamy**, iż oferujemy rozszerzenie zakresu ochrony ubezpieczeniowej o trwałą niezdolność ubezpieczonego do pracy i samodzielnej egzystencji. Wysokość świadczenia 10 000 zł:

**tak** 🞏

**nie** 🞏

Uwaga:

Podane powyżej dane będą podlegały ocenie, zgodnie z kryteriami oceny ofert określonymi w rozdz. XX SIWZ.

**Numer PKWiU oferowanej usługi\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\*\***

**Oświadczamy,** że dokonującym usług jest podatnik, o którym mowa wart. 15 ustawy z dnia 11 marca 2004r. o podatku od towarów i usług, u którego sprzedaż **jest/ nie jest\*** zwolniona od podatku na podstawie art. 113 ust. 1 i 9 ustawy o podatku od towarów i usług oraz, że usługi **będą/ nie będą\*** objęte zwolnieniem, o którym mowa w art. 43 ust.1 pkt.2 lub art. 122 ustawy o podatku od towarów i usług.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**za zadanie 2 tj. grupowe ubezpieczenie zdrowotne pracowników i ich rodzin:**

(*wypełnić, jeżeli Wykonawca składa ofertę na zadanie 2*)

**I Kryterium – Cena (waga 60%):**

1. cena za usługę grupowego ubezpieczenia zdrowotnego, zgodnie z tabelą poniżej:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Ryzyko** | **Warianty:** | Cena pojedynczego pakietu w PLN brutto (brutto=netto)/miesiąc | Waga  |
| Usługi ubezpieczenia zdrowotnego  | **Wariant I****Pakiet podstawowy** |  | **80/100** |
| **Wariant II****Pakiet rodzinny podstawowy – odnośnie Wariantu I** |  | **18/100** |
| **Wariant III****Pakiet partnerski podstawowy – odnośnie Wariantu I** |  | **2/100** |

w tym

1. ………………..% wartości brutto ceny stanowi wynagrodzenie z tytułu zawartych przez Wykonawcę umów o pracę *(****wypełnić o ile dotyczy****),* w tym…………………..%, wartości brutto ceny stanowi wynagrodzenie z tytułu zawartych przez Wykonawcę umów o pracę równe wysokości minimalnego wynagrodzenia za pracę ustalonego na podstawie ustawy z dnia 10.10.2002r. o minimalnym wynagrodzeniu o pracę *(****wypełnić o ile dotyczy****)*
2. ………………..% wartości brutto ceny stanowi wynagrodzenie z tytułu zawartych przez Wykonawcę umów zlecenia, umów o dzieło oraz innych umów cywilnoprawnych z osobami fizycznymi niebędącymi przedsiębiorcami *(****wypełnić o ile dotyczy****)*

**II Kryterium – Liczba placówek medycznych dostępnych w Trójmieście (Gdynia, Gdańsk, Sopot) oraz w Rumi i Wejherowie (waga 15%):**

**Oświadczamy**, że liczba placówek medycznych dostępnych w Trójmieście (Gdynia, Gdańsk, Sopot) oraz w Rumi i Wejherowie (***przy założeniu, że minimum po 1 placówce znajduje się w każdym z wymienionych miast***), z których mogą korzystać pracownicy i ich rodziny, partnerzy, to \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\*\*

**Numer PKWiU oferowanej usługi\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\*\***

**Oświadczamy,** że dokonującym usług jest podatnik, o którym mowa wart. 15 ustawy z dnia 11 marca 2004r. o podatku od towarów i usług, u którego sprzedaż **jest/ nie jest\*** zwolniona od podatku na podstawie art. 113 ust. 1 i 9 ustawy o podatku od towarów i usług oraz, że usługi **będą/ nie będą\*** objęte zwolnieniem, o którym mowa w art. 43 ust.1 pkt.2 lub art. 122 ustawy o podatku od towarów i usług.

**Oświadczamy**, że zapewnimy wszelkie świadczenia wynikające z zakresu ubezpieczenia i umożliwimy ich realizację we wszelkich placówkach medycznych:

1. w co najmniej 30 (słownie: trzydziestu) placówkach w województwie Pomorskim, w tym m.in. minimum po jednej placówce w: Wejherowie, Rumi, Gdyni, Sopocie i Gdańsku,
2. jakie posiadamy na terenie Polski,

Wykaz placówek przedkładamy w załączeniu do niniejszej oferty.

Przedmiotowe oświadczenie dotyczy oferty złożonej na zadanie nr 2 (usługi grupowego ubezpieczenia zdrowotnego).

**III Kryterium – Opcja refundacji (waga 15%):**

**Oświadczamy**, że oferujemy „opcję refundacji”, o której mowa w Zadaniu nr 2 pkt III w Załączniku nr 1A do SIWZ

**tak** 🞏

**nie** 🞏

**IV Kryterium – „rozszerzenie zakresu ubezpieczenia o przegląd stomatologiczny bezpłatnie raz w roku w tym zniżki na leczenie stomatologiczne minimum 20%”** **(waga 10%):**

**Oświadczamy**, że oferujemy rozszerzenie zakresu ubezpieczenia o przegląd stomatologiczny bezpłatnie raz w roku w tym zniżki na leczenie stomatologiczne minimum 20% \*\*

**tak** 🞏

**nie** 🞏

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Wspólne dla obu zadań**

Osobą do kontaktów z Zamawiającym, odpowiedzialnymi za wykonanie zobowiązań umowy jest/są:

.................................................................................................................
tel. kontaktowy, faks: ....................................................................

Ustanowionym pełnomocnikiem do reprezentowania w postępowaniu o udzielenie zamówienia i zawarcia umowy w sprawie zamówienia publicznego, w przypadku składania oferty wspólnej przez dwa lub więcej podmioty gospodarcze (konsorcja/spółki cywilne) jest:
 imię i nazwisko: ..................................................................
 tel.: …….........................................................
 fax: ……..........................................................
 uwagi: ..................................................................

1. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się ze Specyfikacją Istotnych Warunków Zamówienia oraz wszystkimi załącznikami stanowiącymi jej integralną część i nie wnosimy do niej żądnych zastrzeżeń, a także akceptujemy warunki zamówienia.
2. Zobowiązujemy się zrealizować zamówienie w terminie określonym w SIWZ oraz w umowie.
3. Oświadczamy, że zawarty w specyfikacji istotnych warunków zamówienia projekt umowy został przez nas zaakceptowany i zobowiązujemy się w przypadku wybrania naszej oferty do zawarcia umowy na wymienionych w niej warunkach w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
4. Jesteśmy związani niniejszą ofertą przez okres **30 dni** od ostatecznego terminu składania ofert.

***UWAGA:***

**W niniejszym postępowaniu uczestniczą przedstawiciele STBU Brokerzy Ubezpieczeniowi Sp. z o.o. w charakterze brokera ubezpieczeniowego. W związku z wykonywaniem czynności brokerskich w ramach przedmiotowego postępowania STBU Brokerzy Ubezpieczeniowi Sp. z o.o. przysługuje od Wykonawcy (Ubezpieczyciela) wybranego przez Zamawiającego kurtaż w wysokości 6% miesięcznej opłaconej składki. Wskazani przez Zamawiającego pracownicy będą informowali pracowników o możliwości przystąpienia do ubezpieczenia, sporządzali wykazy osób za które Zamawiający przekazał składkę w danym miesiącu, dokonywali potrącenia składek z wynagrodzeń oraz przekazywali je na wskazany rachunek bankowy Wykonawcy. W związku z powyższym wybrany w toku niniejszego postępowania Wykonawca zobligowany będzie do comiesięcznego wypłacania na rzecz wskazanych przez Zamawiającego pracowników, kosztów obsługi administracyjnej ubezpieczenia, w wysokości 6% miesięcznej opłaconej składki.**

Termin wykonania:

Od dnia 01.07.2017 do dnia 30.06.2019.

W przypadku zawarcia umowy po dniu 01.07.2017r. godz. 0:00, termin realizacji zamówienia wyniesie 24 miesiące od dnia zawarcia umowy.

Poświadczamy wniesienie wadium w wysokości:....................................., w formie:....................................................

Nazwa banku i nr konta bankowego, na które ma zostać zwrócone wadium (jeżeli zostało wniesione w pieniądzu):...............................................................................................................

Nie zamierzamy/zamierzamy**\*** powierzyć podwykonawcom wykonanie niniejszego zamówienia w części:

|  |  |
| --- | --- |
| LP. | Nazwa części przedmiotu zamówienia, których wykonanie Wykonawca zamierza powierzyć podwykonawcom oraz Nazwa (firma) podwykonawców\*\*\* |
|  |  |

Zastrzeżenie Wykonawcy:

 Zgodnie z art. 8 ust. 3 ustawy Prawo zamówień publicznych, Wykonawca zastrzega, iż wymienione niżej dokumenty, składające się na ofertę, nie mogą być udostępniane innym uczestnikom postępowania:

…………………………………………………………………………………………………………………………………

Zgodnie z treścią art. 8 ust. 3 ustawy z dnia 29.01.2004r. Prawo zamówień publicznych (t.j. Dz.U.2015.2164 z późn. zm.): **Nie ujawnia się informacji stanowiących tajemnicę przedsiębiorstwa** w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji, **jeżeli Wykonawca, nie później niż w terminie składania ofert** lub wniosków o dopuszczenie do udziału w postępowaniu, **zastrzegł,** że nie mogą być one udostępniane **oraz wykazał, iż zastrzeżone informacje stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa.** Wykonawca nie może zastrzec informacji, o których mowa w art.. 86 ust. 4 Przepis stosuje się odpowiednio do konkursu”.

Inne informacje Wykonawcy:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

.................... dnia...........................2017r. …………………………………………………

 podpis Wykonawcy

 *\* niepotrzebne skreślić*

 *\*\* wypełnia Wykonawca*

*\*\*\* w przypadku powierzenia zamówienia więcej niż jednemu podwykonawcy, firmę, adres i zakres należy podać dla każdego Podwykonawcy oddzielnie.*

***……***...................................... ***Załącznik nr 2***

*(pieczęć Wykonawcy)*

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY**

**SKŁADANE NA PODSTAWIE ART. 25A UST. 1 USTAWY PRAWO ZAMÓWIEŃ PUBLICZNYCH**

**DOTYCZĄCE PRZESŁANEK WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA**

Nazwa Wykonawcy: .............................................................................................................................

Adres Wykonawcy: ..............................................................................................................................

Numer telefonu: ………………….… Numer faxu: …............................. e-mail:……………..………

Regon: ……………………………………… NIP: ..................................................

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. **Grupowe pracownicze ubezpieczenie na życie oraz grupowe ubezpieczenie zdrowotne pracowników „EKO DOLINA” Sp. z o. o. i członków ich rodzin w latach 2017-2019,**  oświadczam, co następuje:

**OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE WYKONAWCY:**

* + - 1. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 24 ust. 1 pkt 12-22 ustawy Pzp,
			2. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 24 ust. 5 pkt. 1, 2 i 4 ustawy Pzp.

.................... dnia...........................2017r. ………………………………………………………

 podpis Wykonawcy

Oświadczam, że zachodzą w stosunku do mnie podstawy wykluczenia z postępowania na podstawie art.. ……………… ustawy Pzp *(podać mająca zastosowanie podstawę wykluczenia spośród wymienionych w art. 24 ust. 1 pkt 12 – 22 lub art. 24 ust. 5 pkt 1,2 lub 4 ustawy Pzp)* . Jednocześnie oświadczam, że w związku z ww. okolicznością, na podstawie art. 24 ust. 8 ustawy Pzp podjąłem następujące środki naprawcze: …………………………………………………………………………………………………...

………………………………………………………………………………………………………………………………………………… .

.................... dnia...........................2017r. ………………………………………………………

 podpis Wykonawcy

**OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE PODMIOTU, NA KTÓREGO ZASOBY POWOŁUJE SIĘ WYKONAWCA:**

Oświadczam, że następujący/e podmioty, na którego /ych zasoby powołuję się w niniejszym postępowaniu, tj.: ………………………………………………………………………………… *(podać pełną nazwę/firmę, adres, a także w zależności od podmiotu : NIP/PESEL, KRS/CEiDG)* nie podlega/ją wykluczeniu z postępowania o udzielenie zamówienia.

.................... dnia...........................2017r. ………………………………………………………

 podpis Wykonawcy

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:**

Oświadczam, 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.

.................... dnia...........................2017r. ………………………………………………………

 podpis Wykonawcy

***Załącznik nr 3***

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

(pieczątka Wykonawcy)

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY**

**SKŁADANE NA PODSTAWIE ART. 25A UST.1 USTAWY - PRAWO ZAMÓWIEŃ PUBLICZNYCH**

**DOTYCZĄCE SPEŁNIANIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**

Nazwa Wykonawcy: .............................................................................................................................

Adres Wykonawcy: ..............................................................................................................................

Numer telefonu: ………………….… Numer faxu: …............................. e-mail:……………..………

Regon: ……………………………………… NIP: ..................................................

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. **Grupowe pracownicze ubezpieczenie na życie oraz grupowe ubezpieczenie zdrowotne pracowników „EKO DOLINA” Sp. z o. o. i członków ich rodzin w latach 2017-2019,** oświadczam, co następuje:

**INFORMACJA DOTYCZĄCA WYKONAWCY:**

Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez zamawiającego w SIWZ nr OZP-P/11/2017/ubezp. na życie

.................... dnia...........................2017r. ………………………………………………………

 podpis Wykonawcy

**INFORMACJA W ZWIĄZKU Z POLEGANIEM NA ZASOBACH INNYCH PODMIOTÓW:**

Oświadczam, że w celu wykazania spełniania warunków udziału w postępowaniu, określonych przez zamawiającego w SIWZ nr OZP-P/11/2017/ubezp. na życie , polegam na zasobach następującego/ych podmiotu/ów: ………………………………………………………………………………………………… ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

w następującym zakresie: ……………………………………………………………………………………………………………..

*(wskazać podmiot i określić odpowiedni zakres dla wskazanego podmiotu)*.

.................... dnia...........................2017r. ………………………………………………………

 podpis Wykonawcy

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:**

Oświadczam, 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.

.................... dnia...........................2017r. ………………………………………………………

 podpis Wykonawcy

***Załącznik nr 3A***

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

(pieczątka Wykonawcy)

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY**

**SKŁADANE NA PODSTAWIE ART. 24 UST.11 USTAWY - PRAWO ZAMÓWIEŃ PUBLICZNYCH**

**DOTYCZĄCE PRZESŁANEK WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA – art. 24 ust.1 pkt 23**

Nazwa Wykonawcy: .............................................................................................................................

Adres Wykonawcy: ..............................................................................................................................

Numer telefonu: ………………….… Numer faxu: …............................. e-mail:……………..………

Regon: ……………………………………… NIP: ..................................................

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. **Grupowe pracownicze ubezpieczenie na życie oraz grupowe ubezpieczenie zdrowotne pracowników „EKO DOLINA” Sp. z o. o. i członków ich rodzin w latach 2017-2019,** oświadczam, co następuje:

**OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE WYKONAWCY:**

Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 24 ust 1 pkt 23 ustawy Pzp.

Oświadczam, że przynależę/nie przynależę ***(odpowiednie skreślić)*** z Wykonawcą …………………………….. do tej samej grupy kapitałowej, o której mowa w ustawie o ochronie konkurencji i konsumentów (Dz. U. z 2015r. poz. 184, 1618 i 1634).

***(Wypełnić, jeżeli Wykonawca należy do grupy kapitałowej z innym Wykonawcą i przedkłada odpowiednie dowody)*** Przedstawiam niżej opisane dowody, że powiązania z innym Wykonawcą nie prowadzą do zakłócenia konkurencji w postępowaniu o udzielenie zamówienia;

**………………………………….**

**………………………………….**

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:**

Oświadczam, 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.

.................... dnia...........................2017r. ………………………………………………………

 podpis Wykonawcy

 ***Załącznik nr 3B***

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

 *(pieczęć)*

**Zobowiązanie innych podmiotów do uczestniczenia w realizacji zamówienia**

Ja……………………………………………………\*, w imieniu ……………………………..\*\* zobowiązuję się do

oddania …………………………….\*\*\* do dyspozycji zasobów dotyczących\*\*\*\* …………………………………… na okres korzystania z nich przy wykonywaniu zamówienia pn. **Grupowe pracownicze ubezpieczenie na życie oraz grupowe ubezpieczenie zdrowotne pracowników „EKO DOLINA” Sp. z o. o. i członków ich rodzin w latach 2017-2019,**

**Tabela nr 1**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa | Zakres dostępnych wykonawcy zasobów innego podmiotu, | Sposób wykorzystania zasobów innego podmiotu, przez wykonawcę, przy wykonywaniu zamówienia publicznego | Zakres i okres udziału innego podmiotu przy wykonywaniu zamówienia; | Czy podmiot, na zdolnościach którego wykonawca polega w odniesieniu do warunków udziału w postępowaniu dotyczących wykształcenia, kwalifikacji zawodowych lub doświadczenia, zrealizuje usługi, których wskazane zdolności dotyczą? |
| 1 |  |  |  |  |  TAK/NIE |

\* - podać imię i nazwisko osoby składającej zobowiązanie

\*\* - podać nazwę podmiotu trzeciego udostępniającego zasoby

\*\*\* - podać nazwę Wykonawcy, któremu udostępnia się zasoby

\*\*\*\* - **odpowiednio wpisać:** **wiedzy i doświadczenia** i/lub **potencjału technicznego** i/lub **osób zdolnych do wykonania zamówienia** i/lub **zdolności finansowych** **lub ekonomicznych**

.................... dnia...........................2017r. ……………………………………………………….

 podpis osoby składającej zobowiązanie

*Uwaga: Jeśli osoba wypełniająca załącznik nr 3B występuje tylko w swoim imieniu, wpisuje swoje imię i nazwisko oraz podpisuje się pod zobowiązaniem. W imieniu podmiotów gospodarczych udostępniających niezbędne doświadczenie do wykonania zamówienia zobowiązanie wypełniają osoby umocowane prawnie mające prawo występowania w imieniu tego podmiotu.*

…………………………………

(pieczęć Wykonawcy)

**Załącznik nr 4**

**WYKAZ WYKONANYCH USŁUG**

Wykaz wykonanych, a w przypadku świadczeń okresowych lub ciągłych również wykonywanych usług, w okresie ostatnich trzech lat przed upływem terminu składania ofert, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy - w tym okresie:

* + - 1. przynajmniej dwóch usług grupowego ubezpieczenia na życie nie mniej niż 200 osób dla każdego grupowego ubezpieczenia na życie – **dotyczy zadania I**;
			2. przynajmniej dwóch usług grupowego ubezpieczenia zdrowotnego nie mniej niż 200 osób dla każdego grupowego ubezpieczenia zdrowotnego – **dotyczy zadania II**;

z podaniem ich wartości, przedmiotu, dat wykonania i odbiorców, oraz załączeniem dowodu potwierdzającego, że te usługi zostały wykonane lub są wykonywane należycie.

Jeśli Wykonawca będzie powoływać się na usługę wykonywaną, to zrealizowana na dzień składania ofert część usługi, musi obejmować grupowe ubezpieczenie na życie dla minimum 200 osób.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa podmiotu realizującego dane zamówienie (Nazwa Wykonawcy lub podmiotu trzeciego)\*  | Przedmiot zamówienia(zakres rzeczowy)W tym liczba osób objętych ubezpieczeniem grupowym | Data wykonaniaZamówienia lub wykonywania | Wartość brutto wykonanego zamówienia | Podmiot zamawiający (nazwa, adres, nr tel.) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

.................... dnia...........................2017r. ……………………………………

 podpis Wykonawcy

…………………………………

(pieczęć Wykonawcy)

**Załącznik nr 4A**

**Wykaz niezbędnych do wykonania zamówienia narzędzi i urządzeń technicznych dostępnych wykonawcy usług wraz z informacją o podstawie dysponowania tymi zasobami**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.P**  | **Nazwy narzędzi/urządzeń** | **ilość** | **Adres\*** | **Podstawa dysponowania zasobami\*\*** |
| a | Infolinia (nr………………) |  | ------------------ |  |

**\* Należy podać adres miejsca, w którym znajduje się infolinia**

**\*\* Należy podać czy infolinia należy do Wykonawcy czy podmiotu trzeciego**

.................... dnia...........................2017r. …………………………………………………………..

 podpis Wykonawcy