|  |  |
| --- | --- |
| (pieczęć Wykonawcy / Wykonawców) | O F E R T A |

**Pomorski Ośrodek Ruchu Drogowego**

**w Gdańsku**

**ul. Równa 19/21**

**80-067 Gdańsk**

Nawiązując do ogłoszenia zamieszczonego na tablicy ogłoszeń i stronie internetowej PORD w Gdańsku, **składam/składamy\* ofertę na usługę:**

„**Obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą”.**

Ja / My\* niżej podpisani:

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

działając w imieniu i na rzecz:

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

(nazwa (firma), dokładny adres Wykonawcy / Wykonawców)

(w przypadku Wykonawców wspólnie ubiegających się o zamówienie podać nazwy (firmy) i dokładne adresy wszystkich wspólników spółki cywilnej lub członków konsorcjum)

1. Oferuję/oferujemy\* wykonanie ww. przedmiotu zamówienia za cenę, która wynosi:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa ryzyka** | **Udział własny/ franszyza integralna/**  **franszyza redukcyjna** | **Wysokość składki** |
|  | Obowiązkowe ubezpieczenie OC podmiotu wykonującego działalność leczniczą | u.wł.: brak  fr.int.: brak  fr. red.: brak |  |
|  | Klauzule dodatkowe | - |  |
|  | **RAZEM** | **-** |  |

* przy braku zapisu w kolumnie „Udziały własne franszyzy int., red.”. Zakłada się zniesienie tychże w poszczególnych rodzajach ubezpieczeń, mimo odmiennych postanowień w OWU.

**KLAUZULE DODATKOWE**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nazwa klauzuli** | **Liczba pkt przypisana klauzuli** | **Przyjęta (tak/nie)** |
| 1. Klauzula stempla bankowego | Obligatoryjna |  |
| 1. Klauzula jurysdykcji | 5 pkt |  |
| **RAZEM** | **-** | **-** |

W przypadku braku zapisu o wysokości udziału własnego, franszyzy redukcyjnej i franszyzy integralnej zakłada się ich zniesienie, mimo odmiennych postanowień w OWU.

**Płatność składek jednorazowa w terminie do 21 dni od rozpoczęcia okresu ubezpieczenia.**

1. Wszelką korespondencję w sprawie niniejszego zapytania kierować należy na poniższy adres Wykonawcy:

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

Tel …………………………………..………..……………… fax ………….………….…………………………….…………

oraz należy podać konto bankowe:

nr konta bankowego …………………………………………………………………………………………………….…

1. Załącznikamido niniejszej Oferty są:
2. ...................................................................................................
3. ...................................................................................................
4. ...................................................................................................

\*) - niepotrzebne skreślić

Data......................................

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

(Pieczęć i podpis Wykonawcy/ Wykonawców lub pełnomocnika)