

## **Samodzielny Publiczny Zakład Lecznictwa Ambulatoryjnego w Katowicach „Moja Przychodnia” ul. PCK 1, 40-057 Katowice**

wpisany do rejestru stowarzyszeń, innych organizacji społecznych i zawodowych, fundacji i publicznych zakładów opieki zdrowotnej w Sądzie Rejonowym Katowice - Wschód w Katowicach, Wydział VIII Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod nr 00000048008;

NIP: 634-23-03-764; Regon 270150167,

Tel.32/250-14-54, faks 32 259-37-69, [www.spzla-katowice.pl](http://www.spzla-katowice.pl)

### **Samodzielny Publiczny Zakład Lecznictwa Ambulatoryjnego „Moja Przychodnia w Katowicach ul. PCK 1, 40-057 Katowice**

SPZLA/DZP/RJ/340 /2012

Katowice, dnia 10.09.2012 roku

#### **Wszyscy zainteresowani złożeniem oferty**

#### **ZAPROSZENIE DO ZŁOŻENIA OFERTY – Sprawa 19/U/2012**

Zapraszamy do złożenia oferty na ubezpieczenia komunikacyjne pojazdów użytkowanych do celów służbowych w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Lecznictwa Ambulatoryjnego w Katowicach ul. PCK 1, 40-057 Katowice.

#### **SZCZEGÓŁOWE WARUNKI ZAMÓWIENIA**

1.Przedmiotem ubezpieczenia będą pojazdy należące do Zamawiającego. Podane w poniższej tabeli sumy ubezpieczenia zawierają VAT, wypłata odszkodowania z VAT. Suma ubezpieczenia określona według wartości rynkowej obejmuje również wyposażenie dodatkowe pojazdów.

Marka, model	Rodzaj pojazdu	Numer rejestr.	Numer nadwozia	Rok prod.	Poj. silnika	Suma ubezp. (w pln)	Okres ubezpieczenia
A	B	C	D	E	F	G	H
Opel Agila	Osob.	SK34252	W0L0NAF681G13 0068	2001	1190	8.200	od 02.10.2012 do 01.10.2013
Opel Agila	Osob.	SK34253	W0L0HAF681G13 0069	2001	1190	8.200	od 02.10.2012 do 01.10.2013
Skoda Roomster ambulans	Specj.	SK0757M	TMBMC25J77505 6892	2007	1390	20.000	od 11.03.2012 do 10.03.2013

**(CPV): 66510000 – 8 Usługi ubezpieczeniowe.**

2.Zamówienie dotyczy w szczególności usługi ubezpieczenia w/w pojazdów OC, AC, NNW, ASSISTANCE w zakresie:

1) Obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej posiadaczy i użytkowników pojazdów mechanicznych za szkody powstałe w związku z ruchem tych pojazdów zgodnie z ustawą z dnia 22 maja 2003 r o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych. Ochrona będzie udzielana na okres 12 miesięcy. Suma gwarancyjna, minimalna wynikająca z ustawy.

## **Samodzielny Publiczny Zakład Lecznictwa Ambulatoryjnego w Katowicach „Moja Przychodnia” ul. PCK 1, 40-057 Katowice**

wpisany do rejestru stowarzyszeń, innych organizacji społecznych i zawodowych, fundacji i publicznych zakładów opieki zdrowotnej w Sądzie Rejonowym Katowice - Wschód w Katowicach, Wydział VIII Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod nr 00000048008;

NIP: 634-23-03-764; Regon 270150167,

Tel.32/250-14-54, faks 32 259-37-69, [www.spzla-katowice.pl](http://www.spzla-katowice.pl)

---

2) Ubezpieczenie autocasco

3) Ubezpieczeniem powinny być objęte szkody powstałe wskutek

- a) nagłego działania siły mechanicznej w chwili zetknięcia z innym pojazdem, osobami, zwierzętami lub innych przedmiotów pochodzących z zewnątrz pojazdu,
- b) uszkodzenie przez osoby trzecie, w tym również szkody powstałe w wyniku dewastacji,
- c) wybuchu, pożaru, uderzenia pioruna oraz jego następstw w tym przepięć, huraganu, zatopienia, deszczu nawalnego, gradu, powodzi, lawiny, zapadania bądź osuwania się się ziemi, upadku statku powietrznego,
- d) nagłego działania czynnika termicznego pochodzącego z zewnątrz lub wewnątrz pojazdu,
- e) użycia pojazdu w związku z koniecznością ratowania życia lub zdrowia ludzkiego,
- f) kradzieży pojazdu jak i wyposażenia dodatkowego,
- g) uszkodzenia zamków w wyniku próby kradzieży lub włamania,
- h) rabunku (rozboju),

4) Ubezpieczenie następstw nieszczęśliwych wypadków w zakresie: obejmującym następstwa uszkodzenia ciała, rozstroju zdrowia lub śmierci powstałe w związku z ruchem pojazdów oraz powstałe w czasie przebywania w pojeździe będącym w ruchu a także podczas wsiadania i wysiadania z pojazdu.

5) Zakres terytorialny ubezpieczenia: Europa. Na terenie Rosji, Białorusi, Ukrainy, Mołdawii ryzyko kradzieży wyłączone.

Franszyza redukcyjna, brak

Franszyza integralna, 400 pln

6) Suma ubezpieczenia – 10 000,00 pln/osobę. W/w suma stanowi kwotę odszkodowania w przypadku śmierci ubezpieczonego. W przypadku trwałego uszczerbku na zdrowiu świadczenie będzie wypłacone w wysokości stanowiącej taki procent sumy ubezpieczenia NNW, w jakim ubezpieczony doznał uszczerbku na zdrowiu.

Franszyza redukcyjna brak

Franszyza integralna brak

7) Ubezpieczenie ASSISTANCE obejmujące odpowiedzialność ubezpieczającego co najmniej w następujących przypadkach: awarii pojazdu, kolizji, uszkodzenia, bądź awarii pojazdu. W przypadku następujących zdarzeń ubezpieczający zobowiązuje się do: organizacji i pokrycie kosztów naprawy na miejscu zdarzenia lub holowanie pojazdu do najbliższego warsztatu naprawczego e celu usunięcia awarii. Limit na zdarzenie 500,00 pln., pomoc kierowcy oraz pasażerom, poszkodowanym w wypadku lub podczas awarii pojazdu , w tym koniecznie poniesione koszty zakwaterowania i powrotu do miejsca zamieszkania. Limit na zdarzenie 1 500,00 pln.

Franszyza kilometrowa zniesiona.

Zakres terytorialny RP.

3. W załączeniu do niniejszego zaproszenia znajduje się formularz ofertowy. Do w/w formularza należy wpisać dane Wykonawcy i cenę ofertową ( koszt ubezpieczenia w okresie ubezpieczenia dla

## **Samodzielny Publiczny Zakład Lecznictwa Ambulatoryjnego w Katowicach „Moja Przychodnia” ul. PCK 1, 40-057 Katowice**

wpisany do rejestru stowarzyszeń, innych organizacji społecznych i zawodowych, fundacji i publicznych zakładów opieki zdrowotnej w Sądzie Rejonowym Katowice - Wschód w Katowicach, Wydział VIII Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod nr 00000048008;

NIP: 634-23-03-764; Regon 270150167,

Tel.32/250-14-54, faks 32 259-37-69, [www.spzla-katowice.pl](http://www.spzla-katowice.pl)

każdego z trzech pojazdów wyszczególnionych w ust. 1 –tabela). W przypadku wyboru oferty dane z formularza ofertowego zostaną przeniesione do umowy/ polisy.

4.Oferty należy przysłać w formie pisemnej na adres Samodzielny Publiczny Zakład Lecznictwa Ambulatoryjnego ul. PCK 1., 40-057 Katowice w wersji elektronicznej na adres e-mail: [jakimar@spzla-katowice.pl](mailto:jakimar@spzla-katowice.pl) w terminie do dnia **18.09.2012 do godziny 14:00 a w ślad za tym należy wysłać** pocztą tradycyjną lub kurierską na w/w adres Zamawiającego .

5. Do oferty / formularza ofertowego należy dołączyć:

1. ogólne warunki ubezpieczenia,
2. wpis do rejestru
3. kserokopię dokumentu potwierdzającego uprawnienia do prowadzenia działalności ubezpieczeniowej we wszystkich grupach ryzyk objętych przedmiotowym zamówieniem, zgodnie z aktualnie obowiązującymi w tym zakresie przepisami.

Z poważaniem

Mgr Czesława Brylak- Kozdraś

Dyrektor Samodzielnego Publicznego Zakładu Lecznictwa Ambulatoryjnego w Katowicach

# Samodzielny Publiczny Zakład Lecznictwa Ambulatoryjnego w Katowicach „Moja Przychodnia” ul. PCK 1, 40-057 Katowice

wpisany do rejestru stowarzyszeń, innych organizacji społecznych i zawodowych, fundacji i publicznych zakładów opieki zdrowotnej w Sądzie Rejonowym Katowice - Wschód w Katowicach, Wydział VIII Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod nr 00000048008;

NIP: 634-23-03-764; Regon 270150167,

Tel.32/250-14-54, faks 32 259-37-69, [www.spzla-katowice.pl](http://www.spzla-katowice.pl)

Sprawa 19/U/2012

Załącznik nr 1 do zaproszenia i szczegółowych warunków zamówienia

## FORMULARZ OFERTOWY

Nazwa i adres Wykonawcy.....

Wpisany do rejestru w .....

..... pod nr.....

NIP..... Regon.....

Kapitał zakładowy.....

tel...../fax...../e-mail.....

Bank....., nr konta.....

1.W odpowiedzi na zaproszenie do złożenia oferty na usługę ubezpieczenia komunikacyjnego 3 pojazdów należących do Samodzielnego Publicznego Zakładu Lecznictwa Ambulatoryjnego w Katowicach „Moja Przychodnia”, zobowiązujemy się do wykonania zamówienia za cenę ofertową (składkę ubezpieczeniową) uwzględniającą wszystkie koszty związane z wykonaniem zamówienia:

netto .....zł + VAT ..... %, brutto ..... zł

2.(Słownie: .....)

3. Oświadczamy, że:

- 1) spełniamy wszystkie wymagania zawarte w szczegółowych warunkach zamówienia i przyjmujemy je bez zastrzeżeń, oraz że otrzymaliśmy wszystkie informacje potrzebne do przygotowania oferty.
- 2) wszystkie złożone przez nas dokumenty są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
- 3) w przypadku wyboru naszej oferty jako najkorzystniejszej deklarujemy gotowość wystawienia polisy w terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
- 4) dysponujemy wykwalifikowanymi pracownikami, którzy zapewnią realizację zamówienia z należytą starannością.
- 5) uważamy się za związanych niniejszą ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.

6)

4.Do kontaktów z naszą Firmą upoważniamy: \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ fax. \_\_\_\_\_

## **Samodzielny Publiczny Zakład Lecznictwa Ambulatoryjnego w Katowicach „Moja Przychodnia” ul. PCK 1, 40-057 Katowice**

wpisany do rejestru stowarzyszeń, innych organizacji społecznych i zawodowych, fundacji i publicznych zakładów opieki zdrowotnej w Sądzie Rejonowym Katowice - Wschód w Katowicach, Wydział VIII Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod nr 00000048008;

NIP: 634-23-03-764; Regon 270150167,

Tel.32/250-14-54, faks 32 259-37-69, [www.spzla-katowice.pl](http://www.spzla-katowice.pl)

---

5. Na naszą ofertę składają się następujące dokumenty:

- 1) Formularz ofertowy.
- 2) Ogólne warunki ubezpieczenia odpowiednio do treści składanej oferty.
- 3) Odpis z rejestru / zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej.
- 4) Kserokopia zezwolenia/licencji/koncesji na prowadzenie działalności ubezpieczeniowej we wszystkich grupach ryzyk objętych przedmiotowym zamówieniem.
- 5) Pełnomocnictwo do reprezentowania Wykonawcy, jeżeli ofertę podpisuje osoba nie wymieniona w dokumencie określającym status prawny Wykonawcy.

6. Oferta zawiera .....ponumerowanych stron.

-----  
*Podpisy i pieczętki upoważnionych przedstawicieli Wykonawcy*