

**Załącznik nr 3 do SIWZ**  
**Załącznik nr ..... do umowy**

pieczętka wykonawcy

**FORMULARZ OFERTOWY**

Nazwa i adres wykonawcy

(miejscowość i data)

.....  
 .....

Nr telefonu .....

Nr faksu .....

e-mail.....

NIP .....

REGON: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Nr konta.....

Akademia Wychowania Fizycznego  
 im. E. Piaseckiego  
 ul. Królowej Jadwigi 27/39  
 61.871 Poznań

Odpowiadając na ogłoszenie o postępowaniu prowadzonym w trybie przetargu nieograniczonego nr **RSZP-2003-07/19/ZP**, na usługę **grupowego ubezpieczenia na życie dla pracowników oraz członków rodzin pracowników Akademii Wychowania Fizycznego** zgodnie ze specyfikacją istotnych warunków zamówienia, **oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia:**

**1. Oferta:****1.1. Wariant I**

**1.1.1.** Oferujemy wykonanie usług objętych zamówieniem, zgodnie z wymogami zawartymi w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia, za cenę łączną:

1. Składka miesięczna łącznie za 1 osobę:	
2. Łączna cena oferty (składka miesięczna za 1 osobę x 24 miesiące x przewidywana liczba osób - 120	

*UWAGA. Do oceny kryterium będzie brana pod uwagę łączna cena oferty sporządzona w oparciu o przedstawioną składkę miesięczną. Podane wartości służą jedynie dokonaniu wyboru najkorzystniejszej oferty – rzeczywista wartość może ulec zmianie i zależy od liczby ubezpieczonych.*

Cena oferty: .....

Cena oferty słownie: .....

**1.1.2. Akceptujemy następujące klauzule dodatkowe i inne postanowienia szczególne preferowane:**

Nr klauzuli	Numer i nazwa klauzuli rozszerzającej zakres ochrony	TAK / NIE
1.	Klauzula dodatkowa obniżenia karencji	
2.	Klauzula dodatkowa rozszerzająca poważne zachorowania Ubezpieczonego	
3.	Klauzula dodatkowa rozszerzająca zakres ubezpieczenia o poważne zachorowania Współmałżonka	

4.	Klauzula dodatkowa rozszerzająca zakres ubezpieczenia o poważne zachorowania dziecka	
5.	Klauzula dodatkowa maksymalnego pobytu Ubezpieczonego w szpitalu	
6.	Klauzula dodatkowa Assistance	
7.	Klauzula dodatkowa podwyższająca wartość świadczenia z karty aptecznej z 200 zł na 300 zł.	
8.	Klauzula dodatkowa rozszerzająca zakres ubezpieczenia o możliwość przystąpienia partnerów życiowych	
9.	Klauzula dodatkowa rozszerzająca zakres ubezpieczenia o leczenie specjalistyczne	
10.	Klauzula dodatkowa podwyższająca wartość świadczenia poważnego zachorowania w przypadku zdiagnozowania nowotworu złośliwego o 30%	

UWAGA. W przypadku nie wypełnienia w formularzu wartości sformułowania TAK albo NIE domyślną wartością wyrażenia pozostanie wartość NIE.

### 1.1.3. Oferujemy następujące wysokości świadczeń (świadczenia w PLN):

Lp.	ŚWIADCZENIA	Wymagana minimalna wysokość świadczenia	Oferowana wysokość świadczenia przez Wykonawcę
1	Śmierć Ubezpieczonego	45 000	
2	Śmierć Ubezpieczonego z tytułu nieszczęśliwego wypadku	90 000	
3	Śmierć Ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub krwotoku śródmózgowego	56 250	
4	Śmierć Ubezpieczonego z tytułu wypadku przy pracy	112 500	
5	Śmierć Ubezpieczonego z tytułu wypadku komunikacyjnego	112 500	
6	Śmierć Ubezpieczonego z tytułu wypadku komunikacyjnego przy pracy	140 000	
7	Trwały uszczerbek na zdrowiu w następstwie zawału serca lub krwotoku śródmózgowego za 1% uszczerbku	360	
8	Trwały uszczerbek na zdrowiu w następstwie NW za 1% uszczerbku	450	
9	Śmierć Współmałżonka	7 000	
10	Śmierć Współmałżonka z tytułu NW	14 000	
11	Śmierć dziecka	2 500	
12	Śmierć rodziców / teściów	2 000	
13	Urodzenie martwego dziecka	2 500	
14	Osierocenie dziecka	3 000	
15	Urodzenie się dziecka	1 400	
16	Poważne zachorowanie Ubezpieczonego	4 000	
17	Trwała niezdolność do pracy	15 000	
18	Operacje chirurgiczne	2 500	

Dzienne świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu do 14 dni			
19	Leczenie w szpitalu w związku z chorobą	45	
20	Leczenie w szpitalu w związku z zawałem serca lub krwotokiem śródmózgowym	90	
21	Leczenie w szpitalu w związku z nieszczęśliwym wypadkiem	90	
22	Leczenie w szpitalu w związku z wypadkiem komunikacyjnym	120	
23	Leczenie w szpitalu w związku z wypadkiem przy pracy	120	
24	Leczenie w szpitalu w związku z wypadkiem komunikacyjnym w pracy	140	
Dzienne świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu powyżej 14 dni			
25	Leczenie w szpitalu w związku z chorobą	45	
26	Leczenie w szpitalu w związku z zawałem serca lub krwotokiem śródmózgowym	45	
27	Leczenie w szpitalu w związku z nieszczęśliwym wypadkiem	45	
28	Karta apteczna	200	
29	Rekonwalescencja	20	
30	Pobyt na OIOM/OIT	400	

*UWAGA. W kolumnie „Oferowana wysokość świadczenia przez Wykonawcę” w wierszu dotyczącym danego świadczenia proszę wpisać wartość proponowanej wysokości świadczenia. Brak wpisanej wartości świadczenia oznacza zaakceptowanie wartości minimalnej. Wpisanie wartości niższej niż wymagana minimalna wysokość świadczenia w danej pozycji będzie oznaczało niez zaakceptowanie warunku wymaganego, a tym samym oferta będzie podlegała odrzuceniu.*

## 1.2. Wariant II

- 1.2.1. Oferujemy wykonanie usług objętych zamówieniem, zgodnie z wymogami zawartymi w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia, za cenę łączną:

3. Składka miesięczna łącznie za 1 osobę:	
4. Łączna cena oferty (składka miesięczna za 1 osobę x 24 miesiące x przewidywana liczba osób - 60)	

*UWAGA. Do oceny kryterium będzie brana pod uwagę łączna cena oferty sporządzona w oparciu o przedstawioną składkę miesięczną. Podane wartości służą jedynie dokonaniu wyboru najkorzystniejszej oferty – rzeczywista wartość może ulec zmianie i zależeć od liczby ubezpieczonych.*

**Cena oferty:** .....

**Cena oferty słownie:** .....

- 1.2.2. **Akceptujemy następujące klauzule dodatkowe i inne postanowienia szczególne**

## preferowane:

Nr. klauzuli	Numer i nazwa klauzuli rozszerzającej zakres ochrony	TAK / NIE
1.	Klauzula dodatkowa obniżenia karencji	
2.	Klauzula dodatkowa rozszerzająca poważne zachorowania Ubezpieczonego	
3.	Klauzula dodatkowa rozszerzająca zakres ubezpieczenia o poważne zachorowania Współmałżonka	
4.	Klauzula dodatkowa rozszerzająca zakres ubezpieczenia o poważne zachorowania dziecka	
5.	Klauzula dodatkowa maksymalnego pobytu Ubezpieczonego w szpitalu	
6.	Klauzula dodatkowa Assistance	
7.	Klauzula dodatkowa podwyższająca wartość świadczenia z karty aptecznej z 200 zł na 300 zł.	
8.	Klauzula dodatkowa rozszerzająca zakres ubezpieczenia o możliwość przystąpienia partnerów życiowych	
9.	Klauzula dodatkowa rozszerzająca zakres ubezpieczenia o leczenie specjalistyczne	
10.	Klauzula dodatkowa podwyższająca wartość świadczenia poważnego zachorowania w przypadku zdiagnozowania nowotworu złośliwego o 30%	

UWAGA. W przypadku nie wypełnienia w formularzu wartości sformułowania TAK albo NIE domyślną wartością wyrażenia pozostanie wartość NIE.

## 1.2.3. Oferujemy następujące wysokości świadczeń (świadczenia w PLN):

Lp.	ŚWIADCZENIA	Wymagana minimalna wysokość świadczenia	Oferowana wysokość świadczenia przez Wykonawcę
1	Śmierć Ubezpieczonego	60 000	
2	Śmierć Ubezpieczonego z tytułu nieszczęśliwego wypadku	120 000	
3	Śmierć Ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub krwotoku śródmózgowego	75 000	
4	Śmierć Ubezpieczonego z tytułu wypadku przy pracy	150 000	
5	Śmierć Ubezpieczonego z tytułu wypadku komunikacyjnego	150 000	
6	Śmierć Ubezpieczonego z tytułu wypadku komunikacyjnego przy pracy	185 000	
7	Trwały uszczerbek na zdrowiu w następstwie zawału serca lub krwotoku śródmózgowego za 1% uszczerbku	480	
8	Trwały uszczerbek na zdrowiu w następstwie NW za 1% uszczerbku	600	
9	Śmierć Współmałżonka	9 000	
10	Śmierć Współmałżonka z tytułu NW	18 000	
11	Śmierć dziecka	3 000	
12	Śmierć rodziców / teściów	2 200	
13	Urodzenie martwego dziecka	3 000	
14	Osierocenie dziecka	3 500	
15	Urodzenie się dziecka	1 600	
16	Poważne zachorowanie Ubezpieczonego	5 000	

17	Trwała niezdolność do pracy	20 000	
18	Operacje chirurgiczne	3 000	

Dzienne Świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu do 14 dni

19	Leczenie w szpitalu w związku z chorobą	55	
20	Leczenie w szpitalu w związku z zawałem serca lub krwotokiem śródmózgowym	125	
21	Leczenie w szpitalu w związku z nieszczęśliwym wypadkiem	125	
22	Leczenie w szpitalu w związku z wypadkiem komunikacyjnym	150	
23	Leczenie w szpitalu w związku z wypadkiem przy pracy	150	
24	Leczenie w szpitalu w związku z wypadkiem komunikacyjnym przy pracy	170	

Dzienne świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu powyżej 14 dni

25	Leczenie w szpitalu w związku z chorobą	55	
26	Leczenie w szpitalu w związku z zawałem serca lub krwotokiem śródmózgowym	55	
27	Leczenie w szpitalu w związku z nieszczęśliwym wypadkiem	55	
28	Karta apteczna	200	
29	Rekonwalescencja	25	
30	Pobyt na OIOM/OIT	500	

*UWAGA. W kolumnie „Oferowana wysokość świadczenia przez Wykonawcę” w wierszu dotyczącym danego świadczenia proszę wpisać wartość proponowanej wysokości świadczenia. Brak wpisanej wartości świadczenia oznacza zaakceptowanie wartości minimalnej. Wpisanie wartości niższej niż wymagana minimalna wysokość świadczenia w danej pozycji będzie oznaczało niezaakceptowanie warunku wymaganego, a tym samym oferta będzie podlegała odrzuceniu.*

### 1.3. Wariant III

1.3.1. Oferujemy wykonanie usług objętych zamówieniem, zgodnie z wymogami zawartymi w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia, za cenę łączną:

5.	Składka miesięczna łącznie za 1 osobę:	
6.	Łączna cena oferty (składka miesięczna za 1 osobę x 24 miesiące x przewidywana liczba osób - 100	

*UWAGA. Do oceny kryterium będzie brana pod uwagę łączna cena oferty sporządzona w oparciu o przedstawioną składkę miesięczną. Podane wartości służą jedynie dokonaniu wyboru najkorzystniejszej oferty – rzeczywista wartość może ulec zmianie i zależy od liczby ubezpieczonych.*

Cena oferty: .....

Cena oferty słownie: .....

1.3.2. Akceptujemy następujące klauzule dodatkowe i inne postanowienia szczególne preferowane:

Nr. klauzu	Numer i nazwa klauzuli rozszerzającej zakres ochrony	TAK / NIE
------------	--	-----------

li		
1.	Klauzula dodatkowa obniżenia karencji	
2.	Klauzula dodatkowa rozszerzająca poważne zachorowania Ubezpieczonego	
3.	Klauzula dodatkowa rozszerzająca zakres ubezpieczenia o poważne zachorowania Współmałżonka	
4.	Klauzula dodatkowa rozszerzająca zakres ubezpieczenia o poważne zachorowania dziecka	
5.	Klauzula dodatkowa maksymalnego pobytu Ubezpieczonego w szpitalu	
6.	Klauzula dodatkowa Assistance	
7.	Klauzula dodatkowa podwyższająca wartość świadczenia z karty aptecznej z 200 zł na 300 zł.	
8.	Klauzula dodatkowa rozszerzająca zakres ubezpieczenia o możliwość przystąpienia partnerów życiowych	
9.	Klauzula dodatkowa rozszerzająca zakres ubezpieczenia o leczenie specjalistyczne	
10.	Klauzula dodatkowa podwyższająca wartość świadczenia poważnego zachorowania w przypadku zdiagnozowania nowotworu złośliwego o 30%	

UWAGA. W przypadku nie wypełnienia w formularzu wartości sformułowania TAK albo NIE domyślną wartością wyrażenia pozostanie wartość NIE.

### 1.3.3. Oferujemy następujące wysokości świadczeń (świadczenia w PLN):

Lp.	ŚWIADCZENIA	Wymagana minimalna wysokość świadczenia	Oferowana wysokość świadczenia przez Wykonawcę
1	Śmierć Ubezpieczonego	70 000	
2	Śmierć Ubezpieczonego z tytułu nieszczęśliwego wypadku	140 000	
3	Śmierć Ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub krwotoku śródmózgowego	87 500	
4	Śmierć Ubezpieczonego z tytułu wypadku przy pracy	175 000	
5	Śmierć Ubezpieczonego z tytułu wypadku komunikacyjnego	175 000	
6	Śmierć Ubezpieczonego z tytułu wypadku komunikacyjnego przy pracy	210 000	
7	Trwały uszczerbek na zdrowiu w następstwie zawału serca lub krwotoku śródmózgowego za 1% uszczerbku	560	
8	Trwały uszczerbek na zdrowiu w następstwie NW za 1% uszczerbku	700	
9	Śmierć Współmałżonka	11 000	
10	Śmierć Współmałżonka z tytułu NW	22 000	
11	Śmierć dziecka	3 500	
12	Śmierć rodziców / teściów	2 400	
13	Urodzenie martwego dziecka	3 500	
14	Osierocenie dziecka	4 000	
15	Urodzenie się dziecka	1 800	

16	Poważne zachorowanie Ubezpieczonego	6 000	
17	Trwała niezdolność do pracy	25 000	
18	Operacje chirurgiczne	3 500	
Dzienne świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu do 14 dni			
19	Leczenie w szpitalu w związku z chorobą	60	
20	Leczenie w szpitalu w związku z zawałem serca lub krwotokiem śródmózgowym	140	
21	Leczenie w szpitalu w związku z nieszczęśliwym wypadkiem	140	
22	Leczenie w szpitalu w związku z wypadkiem komunikacyjnym	180	
23	Leczenie w szpitalu w związku z wypadkiem przy pracy	180	
24	Leczenie w szpitalu w związku z wypadkiem komunikacyjnym w pracy	200	
Dzienne świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu powyżej 14 dni			
25	Leczenie w szpitalu w związku z chorobą	60	
26	Leczenie w szpitalu w związku z zawałem serca lub krwotokiem śródmózgowym	60	
27	Leczenie w szpitalu w związku z nieszczęśliwym wypadkiem	60	
28	Karta apteczna	200	
29	Rekonwalescencja	30	
30	Pobyt na OIOM/OIT	600	

*UWAGA. W kolumnie „Oferowana wysokość świadczenia przez Wykonawcę” w wierszu dotyczącym danego świadczenia proszę wpisać wartość proponowanej wysokości świadczenia. Brak wpisanej wartości świadczenia oznacza zaakceptowanie wartości minimalnej. Wpisanie wartości niższej niż wymagana minimalna wysokość świadczenia w danej pozycji będzie oznaczało niezaakceptowanie warunku wymaganego, a tym samym oferta będzie podlegała odrzuceniu.*

#### 1.4. Wariant IV

1.4.1. Oferujemy wykonanie usług objętych zamówieniem, zgodnie z wymogami zawartymi w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia, za cenę łączną:

7. Składka miesięczna łącznie za 1 osobę:	
8. Łączna cena oferty (składka miesięczna za 1 osobę x 24 miesiące x przewidywana liczba osób – 140)	

*UWAGA. Do oceny kryterium będzie brana pod uwagę łączna cena oferty sporządzona w oparciu o przedstawioną składkę miesięczną. Podane wartości służą jedynie dokonaniu wyboru najkorzystniejszej oferty – rzeczywista wartość może ulec zmianie i zależy od liczby ubezpieczonych.*

**Cena oferty:** .....

**Cena oferty słownie:** .....

1.4.2. Akceptujemy następujące klauzule dodatkowe i inne postanowienia szczególne preferowane:

Nr. klauzuli	Numer i nazwa klauzuli rozszerzającej zakres ochrony	TAK / NIE
1.	Klauzula dodatkowa obniżenia karencji	
2.	Klauzula dodatkowa rozszerzająca poważne zachorowania Ubezpieczonego	
3.	Klauzula dodatkowa rozszerzająca zakres ubezpieczenia o poważne zachorowania Współmałżonka	
4.	Klauzula dodatkowa rozszerzająca zakres ubezpieczenia o poważne zachorowania dziecka	
5.	Klauzula dodatkowa maksymalnego pobytu Ubezpieczonego w szpitalu	
6.	Klauzula dodatkowa Assistance	
7.	Klauzula dodatkowa podwyższająca wartość świadczenia z karty aptecznej z 200 zł na 300 zł.	
8.	Klauzula dodatkowa rozszerzająca zakres ubezpieczenia o możliwość przystąpienia partnerów życiowych	
9.	Klauzula dodatkowa rozszerzająca zakres ubezpieczenia o leczenie specjalistyczne	
10.	Klauzula dodatkowa podwyższająca wartość świadczenia poważnego zachorowania w przypadku zdiagnozowania nowotworu złośliwego o 30%	

UWAGA. W przypadku nie wypełnienia w formularzu wartości sformułowania TAK albo NIE domyślną wartością wyrażenia pozostanie wartość NIE.

1.4.3. Oferujemy następujące wysokości świadczeń (świadczenia w PLN):

Lp.	ŚWIADCZENIA	Wymagana minimalna wysokość świadczenia	Oferowana wysokość świadczenia przez Wykonawcę
1	Śmierć Ubezpieczonego	80 000	
2	Śmierć Ubezpieczonego z tytułu nieszczęśliwego wypadku	160 000	
3	Śmierć Ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub krwotoku śródmózgowego	100 000	
4	Śmierć Ubezpieczonego z tytułu wypadku przy pracy	200 000	
5	Śmierć Ubezpieczonego z tytułu wypadku komunikacyjnego	200 000	
6	Śmierć Ubezpieczonego z tytułu wypadku komunikacyjnego przy pracy	240 000	
7	Trwały uszczerbek na zdrowiu w następstwie zawału serca lub krwotoku śródmózgowego za 1% uszczerbku	640	
8	Trwały uszczerbek na zdrowiu w następstwie NW za 1% uszczerbku	800	
9	Śmierć Współmałżonka	13 000	
10	Śmierć Współmałżonka z tytułu NW	26 000	
11	Śmierć dziecka	4 000	
12	Śmierć rodziców / teściów	2 600	
13	Urodzenie martwego dziecka	4 000	



14	Osierocenie dziecka	4 500	
15	Urodzenie się dziecka	2 000	
16	Poważne zachorowanie Ubezpieczonego	7 000	
17	Trwała niezdolność do pracy	30 000	
18	Operacje chirurgiczne	4 000	
Dzienne świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu do 14 dni			
19	Leczenie w szpitalu w związku z chorobą	65	
20	Leczenie w szpitalu w związku z zawałem serca lub krwotokiem śródmózgowym	155	
21	Leczenie w szpitalu w związku z nieszczęśliwym wypadkiem	155	
22	Leczenie w szpitalu w związku z wypadkiem komunikacyjnym	200	
23	Leczenie w szpitalu w związku z wypadkiem przy pracy	200	
24	Leczenie w szpitalu w związku z wypadkiem komunikacyjnym w pracy	220	
Dzienne świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu powyżej 14 dni			
25	Leczenie w szpitalu w związku z chorobą	65	
26	Leczenie w szpitalu w związku z zawałem serca lub krwotokiem śródmózgowym	65	
27	Leczenie w szpitalu w związku z nieszczęśliwym wypadkiem	65	
28	Karta apteczna	200	
29	Rekonwalescencja	35	
30	Pobył na OIOM/OIT	700	

*UWAGA. W kolumnie „Ofierowana wysokość świadczenia przez Wykonawcę” w wierszu dotyczącym danego świadczenia proszę wpisać wartość proponowanej wysokości świadczenia. Brak wpisanej wartości świadczenia oznacza zaakceptowanie wartości minimalnej. Wpisanie wartości niższej niż wymagana minimalna wysokość świadczenia w danej pozycji będzie oznaczało niezaakceptowanie warunku wymaganego, a tym samym oferta będzie podlegała odrzuceniu.*

2. W klauzulach nr 3, 4 oraz 9 należy wpisać wysokość świadczenia.

Liczba przyznanych punktów uzależniona będzie od zaproponowanej wysokości świadczenia zgodnie z poniższym:

**Wysokość świadczenia**

**Klauzula 3**

**Klauzula 4**

**Klauzula 9**

**Liczba punktów**

**Liczba punktów**

**Liczba punktów**

<b>100% PZ</b>	<b>10 pkt</b>	<b>5 pkt</b>	<b>8 pkt</b>
<b>50-99% PZ</b>	<b>5 pkt</b>	<b>2,5 pkt</b>	<b>4 pkt</b>

Gdzie:

- 100% PZ – 100% wysokości świadczenia zachorowania Ubezpieczonego wskazana w pkt. 3 Opisu Przedmiotu Zamówienia dla każdego wariantu

- 50-99% PZ – 50-99% wysokości świadczenia zachorowania Ubezpieczonego wskazana w pkt. 3 Opisu Przedmiotu Zamówienia dla każdego wariantu

### 3. Termin związania ofertą i warunków płatności zgodnie z postanowieniami SIWZ.

#### 4. Oświadczamy, że:

4.1. Zapoznaliśmy się z treścią specyfikacji istotnych warunków zamówienia (SIWZ) i nie wnosimy do niej zastrzeżeń.

4.2. Zdobyliśmy konieczne informacje dotyczące realizacji zamówienia oraz przygotowania i złożenia oferty.

4.3. Uważamy się związani niniejszą ofertą przez okres wskazany przez Zamawiającego w SIWZ.

4.4. Przedstawione w SIWZ warunki zawarcia umowy oraz projekt umowy zostały przez nas zaakceptowane.

4.5. Wyrażamy zgodę na przyjęcie wszystkich warunków wymaganych przez Zamawiającego dla poszczególnych ryzyk ubezpieczeniowych w SIWZ.

4.6. Gwarantujemy termin wykonania zamówienia przez 24 miesiące

4.7. Oświadczam, że wykonanie zamówienia zamierzamy\*:

a) wykonać sami;

b) w niżej określonym zakresie powierzyć podwykonawcom:

L.p.	Część zamówienia	Zakres zamówienia, których wykonanie zamierzam powierzyć podwykonawcom	Nazwa i adres podwykonawcy

4.8 Oświadczamy, że:

4.8.1 Wybór naszej oferty **będzie prowadził do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego\***

4.8.2 Wybór naszej oferty **nie będzie prowadził do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego\***

4.9 Oświadczam, że **jestem/ nie jestem\* małym/średnim/dużym przedsiębiorcą.**

4.10 Pod groźbą odpowiedzialności karnej oświadczam, że załączone do oferty dokumenty opisują stan faktyczny i prawny, aktualny na dzień otwarcia ofert (art.297 k.k.).

4.11 Oświadczam, że wskazuję i wyrażam zgodę na pobranie dokumentów jakich może żądać Zamawiający od Wykonawcy zgodnie z § 10 Rozporządzenia Ministra Rozwoju z 26 lipca 2016 roku z ogólnodostępnych i bezpłatnych baz danych, tj. CEIDG ([www.ceidg.gov.pl/](http://www.ceidg.gov.pl/))/ KRS ([www.ems.gov.pl/](http://www.ems.gov.pl/))\*

4.12 Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem/liśmy w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.\*

\* W przypadku gdy wykonawca nie przekazuje danych osobowych innych niż bezpośrednio jego dotyczących lub zachodzi wyłączenie stosowania obowiązku informacyjnego, stosownie do art. 13 ust. 4 lub art. 14 ust. 5 RODO treści oświadczenia wykonawca nie składa (usunięcie treści oświadczenia np. przez jego wykreślenie).

**1. Załącznikami do niniejszej oferty są:**

- 1.1. ....
- 1.2. ....
- 1.3. ....
- 1.4. ....

.....  
podpis wykonawcy

**\* - niepotrzebne skreślić**