Załącznik

do zapytania ofertowego

Zamawiający:

Krajowa Izba Diagnostów Laboratoryjnych

ul. Konopacka 4

03-428 Warszawa

**FORMULARZ OFERTY**

Nazwa Oferenta:

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

Adres:

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

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

Adres korespondencyjny Wykonawcy (jeżeli jest inny niż ww. adres):

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

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

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

REGON: ...............................................................

Oferent reprezentowany przez:

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

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

(imię, nazwisko, stanowisko oraz podstawa do reprezentacji/załączone pełnomocnictwo)

Dane kontaktowe (nr tel., adres email)

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

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

Wyrażam/my chęć uczestnictwa w niniejszym postępowaniu na wybór brokera ubezpieczeniowego dla Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych świadczącego nieodpłatne usługi pośrednictwa ubezpieczeniowego.

Oświadczam/my, że spełniam/my warunki określone w zapytaniu ofertowym:

|  |  |
| --- | --- |
| Zezwolenie organu nadzoru na prowadzenie działalności | tak/nie (załącznik) |
| Posiadanie ważnego ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej z tytułu prowadzenia działalności brokerskiej, zgodnie z przepisami ustawy o dystrybucji ubezpieczeń. | tak/nie |
| Prowadzenie nieprzerwanej, aktywnej, udokumentowanej działalności brokerskiej na polskim rynku ubezpieczeniowym minimum 5 lat przed terminem składania ofert. | tak/nie |
| Liczba zawartych/obsługiwanych w 2022 roku za pośrednictwem Brokera umów ubezpieczenia | ………./……… |
| Posiadanie wiedzy i doświadczenia oraz dysponowanie kadrą niezbędną do realizacji usługi,  z których każda osoba posiada co najmniej roczne doświadczenie w świadczeniu usług brokerskich | tak/nie |
| Posiadanie własnej komórki organizacyjnej zajmującej się likwidacją szkód | tak/nie |
| Posiadanie własnych pracowników zajmujących się likwidacją szkód | tak/nie |

Dokumenty załączone do oferty:

1. ……………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………
2. ……………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………
3. ……………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………
4. ……………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………
5. ……………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………
6. ……………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………
7. ……………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………

Oświadczam/y, że:

1. jesteśmy w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej nieprzerwane świadczenie usługi objętych zapytaniem ofertowym;
2. nie znajdujemy się w stanie likwidacji ani upadłości;

***Oświadczam/my, że dane przedstawione w ofercie oraz w załączonych do oferty dokumentach opisują prawdziwy i kompletny stan prawny i faktyczny aktualny na dzień złożenia oferty.***

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

*miejscowość i data podpis i pieczęć Oferenta/osoby/osób*

*uprawnionych do reprezentowania Oferenta*