

pieczęć wykonawcy

OŚWIADCZENIE

Przystępując do udziału w postępowaniu o udzielenie zamówienia:

Przedmiot zamówienia:

Kompleksowe ubezpieczenia majątkowe wraz z odpowiedzialnością cywilną i ubezpieczenia komunikacyjne

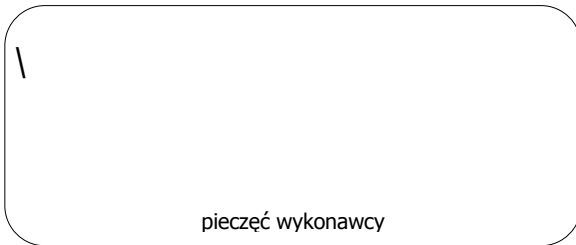
Oświadczam, że podmiot, który reprezentuję spełnia następujące wymagania:

1. jest uprawniony do występowania w obrocie prawnym, zgodnie z wymaganiami ustawowymi,
2. posiada uprawnienia niezbędne do wykonania określonej działalności lub czynności, jeżeli ustawy nakładają obowiązek posiadania takich uprawnień,
3. dysponuje niezbędną wiedzą i doświadczeniem, a także potencjałem technicznym oraz pracownikami zdolnymi do wykonywania danego zamówienia,
4. znajduje się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej wykonanie zamówienia,
5. nie podlega wykluczeniu z postępowania z przyczyn:
 - wyrządzenia szkody nie wykonując zamówienia lub wykonując je nienależycie, a szkoda ta nie została dobrowolnie naprawiona do dnia wszczęcia postępowania, chyba że niewykonanie lub nienależyte wykonanie jest następstwem okoliczności, za które wykonawca nie ponosi odpowiedzialności;
 - otwarcia likwidacji lub ogłoszenia upadłości;
 - zalegania z uiszczeniem podatków, opłat, składek na ubezpieczenie społeczne lub zdrowotne, z wyjątkiem przypadków, kiedy podmiot uzyskał przewidzianą prawem zgodę na zwolnienie, odroczenie, rozłożenie na raty zaległych płatności lub wstrzymanie w całości wykonania decyzji właściwego organu,
 - prawomocnego skazania za przestępstwo popełnione w związku z postępowaniem o udzielenie zamówienia publicznego, przestępstwo przekupstwa albo inne przestępstwa popełnione w celu osiągnięcia korzyści majątkowych przez członków urzędujących władz firmy,
 - orzeczenia sądu o zakazie ubiegania się o zamówienie, na podstawie przepisów o odpowiedzialności podmiotów zbiorowych za czyny zabronione pod groźbą kary;
 - nałożenia w ciągu ostatnich trzech lat kary pieniężnej, o której mowa w przepisach o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji, za czyn nieuczciwej konkurencji polegający na przekupstwie osoby pełniącej funkcję publiczną.

.....
(miejscowość i data)

.....
(podpis osoby uprawnionej do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy)

Data:
Podpis:
Pieczęć imienna
Nr strony



Formularz Podstawowych danych Wykonawcy

.....
.....
[pełna nazwa firmy Wykonawcy]

.....
.....
[adres – miejscowość, województwo, powiat, ulica, numer]

.....
[status prawny]

.....
[telefon]

.....
[fax]

.....
[REGON]

.....
[NIP]

.....
[bank]

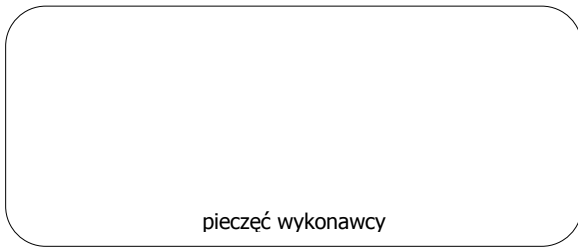
.....
[numer konta]

.....
[Osoby reprezentujące Wykonawcę w niniejszym przetargu]

.....
(miejscowość i data)

.....
(podpis osoby uprawnionej do składania oświadczeń
woli w imieniu Wykonawcy)

Data:
Podpis:
Pieczęćka imienna
Nr strony



Oświadczenie o placówkach i potencjale kadrowym

Nazwa Wykonawcy.....
Adres Wykonawcy Nr tel./fax.:.....

Oświadczamy, że posiadamy placówki i odpowiedni potencjał kadrowy do realizacji przedmiotowego zamówienia.

Jednocześnie oświadczamy, iż osoby wskazane do obsługi ubezpieczeń zapoznały się z odstępstwami od Ogólnych Warunków Ubezpieczenia i wszystkimi zapisami zawartymi w umowach ubezpieczenia.

PLACÓWKA ODPOWIEDZIALNA ZA REALIZACJĘ ZAMÓWIENIA

(Oddział, Przedstawicielstwo, Inspektorat, Delegatura)

Pełna nazwa

.....

Adres

Numery telefonów kontaktowych

Numery faksów

Data:
Podpis:
Pieczęć imienna
Nr strony

PLACÓWKA OBSŁUGUJĄCA LIKWIDACJĘ SZKÓD

(Oddział, Przedstawicielstwo, Inspektora, Delegatura, Podmiot gospodarczy działający na zlecenie Wykonawcy)

Pełna nazwa

.....

Adres

Numery telefonów kontaktowych

Numery faksów

I Pracownicy Wykonawcy odpowiedzialni za prawidłową realizację zamówienia:

1 Stanowisko służbowe

Imię i Nazwisko

Tel.

Na czas nieobecności w pracy zastępują:

1. Stanowisko służbowe

Imię i Nazwisko

Tel.

II Pracownicy Wykonawcy wskazani przez pracowników odpowiedzialnego za realizację zamówienia do obsługi zamówienia w czynnościach:

A Wystawienia stosownych dokumentów potwierdzających zawarcie umów ubezpieczeniowych na ubezpieczenia majątkowe wraz odpowiedzialnością cywilną.

1 Stanowisko służbowe

Imię i Nazwisko

Tel.

Na czas nieobecności w pracy zastępują:

1. Stanowisko służbowe

Imię i Nazwisko

Tel.

B Wystawienia stosownych dokumentów potwierdzających zawarcie umów ubezpieczeniowych na ubezpieczenia komunikacyjne.

1 Stanowisko służbowe

Imię i Nazwisko

Tel.

Na czas nieobecności w pracy zastępują:

1. Stanowisko służbowe

Imię i Nazwisko

Tel.

Data:
Podpis:
Pieczęćka imienna
Nr strony

III Pracownicy Wykonawcy lub pracownicy podmiotu gospodarczego działającego na zlecenie Wykonawcy, wskazani przez pracowników odpowiedzialnych za realizację zamówienia do obsługi zamówienia w czynnościach:

A Likwidacji szkód z ubezpieczeń majątkowych

1 Stanowisko służbowe

Imię i Nazwisko

Tel.

Na czas nieobecności w pracy zastępują:

1. Stanowisko służbowe

Imię i Nazwisko

Tel.

B Likwidacji szkód z ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej

1 Stanowisko służbowe

Imię i Nazwisko

Tel.

Na czas nieobecności w pracy zastępują:

1. Stanowisko służbowe

Imię i Nazwisko

Tel.

C Likwidację szkód z ubezpieczeń komunikacyjnych:

1 Stanowisko służbowe

Imię i Nazwisko

Tel.

Na czas nieobecności w pracy zastępują:

1. Stanowisko służbowe

Imię i Nazwisko

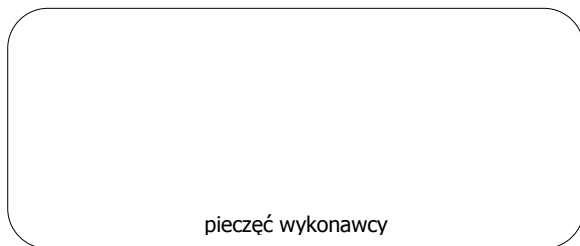
Tel.

Każdorazowa zmian osoby wymienionej w niniejszym oświadczeniu, wymaga pisemnego poinformowania pełnomocnika Zamawiającego – Kancelaria Brokerska KAPITAŁ Sp. z o.o.

.....
(miejscowość i data)

.....
(podpis osoby uprawnionej do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy)

Data:
Podpis:
Pieczęć imienna
Nr strony



Oświadczenie o postanowieniach szczególnych do Ogólnych Warunków Ubezpieczeń

Nazwa Wykonawcy.....
Adres Wykonawcy Nr tel./fax.:.....

Oświadczamy, że wszelkie odstępstwa od Ogólnych Warunków Ubezpieczeń zawarte w ofercie przetargowej zostały zatwierdzone przez osoby posiadające stosowne uprawnienia.

Jednocześnie stwierdzamy, iż świadomi jesteśmy odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń.

.....
(miejsowość i data)

.....
(podpis osoby uprawnionej do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy)

Data:
Podpis:
Pieczęćka imienna
Nr strony



Oświadczenie o procedurze likwidacji szkód

Oświadczamy, że akceptujemy jako obowiązujące załączone do SIWZ druki zgłoszenia szkody. Zgadzamy się na zgłaszanie szkód do placówki podanej w oświadczeniu o placówkach i potencjale kadrowym z pominięciem ewentualnej infolinii. (do wyboru przez ubezpieczonego)

.....
(miejscowość i data)

.....
(podpis osoby uprawnionej do składania oświadczeń
woli w imieniu Wykonawcy)

W załączeniu:

- Druk zgłoszenia szkody majątkowej i OC
- Druk zgłoszenia szkody komunikacyjnej

Data:
Podpis:
Pieczęć imienna
Nr strony