

Ostrowiec Św., 26.04.2016 r.

Dotyczy Projektu „**Zagraniczne praktyki drogą do sukcesu**” (**POWERVET-2015-1-PL01-KA102-015135)** realizowanego w ramach Projektu *Staże zagraniczne dla uczniów i absolwentów szkół zawodowych oraz mobilność kadry kształcenia zawodowego,* Program Operacyjny *Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020* współfinansowany z Europejskiego Funduszu Społecznego

**Zapytanie ofertowe nr 10/2016**

1. **Zamawiający**

Powiat Ostrowiecki/Zespół Szkół Nr 2 w Ostrowcu Św.

Os. Słoneczne 45, 27-400 Ostrowiec Św.

tel: +48  41 263-17-33

fax: +48  41 263-07-85

e-mail: erasmusplus@budowlanka.net.pl

1. **Przedmiot zamówienia**

Przedmiotem zamówienia jest objęcie ubezpieczeniem grupowym uczniów i ich opiekunów w trakcie podróży i odbywania praktyk zagranicznych według danych zamieszczonych w tabeli

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Kraj odbywania praktyk | Wyjazd | Liczebność grup | | Miejsce odbywania praktyk | Powrót | Całkowity czas trwania ubezpieczenia |
| uczniowie | opiekunowie |
| 1. | Niemcy | **12.06.2016** Ostrowiec Św., os. Słoneczne 45 – Gut Wehlitz 04435 Schkeuditz | 21 | 2 | Gut Wehlitz, Schkeuditz | **25.06.2016** Gut Wehlitz 04435 Schkeuditz – Ostrowiec Św., os. Słoneczne 45 | 14 dni |
| 2. | Niemcy | **16.10.2016** Ostrowiec Św., os. Słoneczne 45 – Gut Wehlitz 04435 Schkeuditz | 21 | 2 | Gut Wehlitz, Schkeuditz | **29.10.2016** Gut Wehlitz 04435 Schkeuditz – Ostrowiec Św., os. Słoneczne 45 | 14 dni |

Zakres ubezpieczenia powinien obejmować:

1. koszty leczenia i transportu
2. następstwa nieszczęśliwych wypadków
3. utrata lub zniszczenie bagażu
4. odpowiedzialność cywilna:
5. szkody w mieniu
6. szkody na osobie
7. assistance
8. gwarancja pokrycia kosztów leczenia
9. transport ubezpieczonego z zagranicy do Polski
10. organizacja i pokrycie kosztów pobytu ubezpieczonego w hotelu w przypadku, gdy transport nie może nastąpić bezpośrednio po zakończeniu leczenia,
11. organizacja i zwrot kosztów powrotu ubezpieczonego do kraju w przypadku, gdy po zakończeniu leczenia ubezpieczony nie może powrócić zaplanowanym środkiem transportu,
12. organizacja transportu zwłok ubezpieczonego do kraju,
13. organizacja zakwaterowania i powrotu do kraju osoby towarzyszącej zgodnie z pisemnym zaleceniem lekarza.
14. **Termin wykonania zamówienia:** ubezpieczenie w okresie od 12.06.2016 do 25.06.2016 oraz od 16.10.2016 do 29.10.2016
15. **Płatności**

Płatność przelewem.

1. **Kryteria wyboru oferty**

Za najkorzystniejszą zostanie uznana oferta z najniższą ceną brutto za 46 ubezpieczonych osób złożona przez Wykonawcę spełniającego określone wymagania.

1. **Sposób przygotowania oferty**
2. Oferent powinien stworzyć ofertę na formularzu załączonym do niniejszego zapytania.
3. W celu zapewnienia porównywalności wszystkich ofert Zamawiający zastrzega sobie prawo do skontaktowania się z właściwymi Wykonawcami w celu uzupełnienia lub doprecyzowania przesłanych dokumentów
4. **Miejsce i termin składania ofert**

Oferta powinna być przesłana na druku załączonego Formularza za pośrednictwem: poczty elektronicznej na adres: **erasmusplus@budowlanka.net.pl**, faksem na nr: **+48  41 263 07 85**, poczty, kuriera lub też dostarczona osobiście na adres: **Zespół Szkół Nr 2 w Ostrowcu Św., os. Słoneczne 45, 27-400 Ostrowiec Św**. z dopiskiem: Ubezpieczenie – „Zagraniczne praktyki drogą do sukcesu”*,* do dnia 15.05.2016 r. do godz. 12.00.

1. **Informacja o wyborze najkorzystniejszej oferty:**

Informacja o wyborze najkorzystniejszej oferty zostanie przesłana do Dostawcy wyłonionego w postępowaniu.

**Kontakt:**

erasmusplus@budowlanka.net.pl

p.o. Dyrektor szkoły

mgr. Urszula Jaworska

**Załączniki:**

1. Wzór formularza ofertowego
2. Oświadczenie



*Załącznik nr 1*

**FORMULARZ OFERTOWY**

………………………………………., dnia ……………………….

/miejscowość/

Nazwa Wykonawcy:

……………………………………

……………………………………

Siedziba Wykonawcy:

……………………………………

……………………………………

tel/fax.: …………………………..

REGON: …………………………

e-mail: ……………………………

NIP: ………………………………

W odpowiedzi na zapytanie ofertowe nr 10/2016 z dnia 26.04.2016 dotyczące składania ofert na **usługę ubezpieczenia grupy 42 uczestników i 4 opiekunów w trakcie podróży i odbywania praktyk w ramach projektu „Zagraniczne praktyki drogą do sukcesu”** realizowanego w ramach Projektu *Staże zagraniczne dla uczniów i absolwentów szkół zawodowych oraz mobilność kadry kształcenia zawodowego,* Program Operacyjny *Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020* współfinansowany z Europejskiego Funduszu Społecznego, oferuję:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Zakres ubezpieczenia | Warunki oferty | Cena brutto jednego ubezpieczonego |
| **Koszty leczenia i transportu** |  |  |
| **Następstwa nieszczęśliwych wypadków** |  |  |
| **Utrata lub zniszczenie bagażu** |  |  |
| **Odpowiedzialność cywilna** |  |  |
| - szkody w mieniu |  |  |
| - szkody na osobie |  |  |
| **Assistance** |  |  |
| - gwarancja pokrycia kosztów leczenia |  |  |
| - transportu ubezpieczonego z zagranicy do Polski |  |  |
| - organizacja i pokrycie kosztów pobytu ubezpieczonego w hotelu w przypadku, gdy transport nie może nastąpić bezpośrednio po zakończeniu leczenia |  |  |
| - organizacja i zwrot kosztów powrotu ubezpieczonego do kraju w przypadku, gdy po zakończeniu leczenia ubezpieczony nie może powrócić zaplanowanym środkiem transportu |  |  |
| - organizacja transportu zwłok ubezpieczonego do kraju |  |  |
| - organizacja zakwaterowania i powrotu do kraju osoby towarzyszącej zgodnie z pisemnym zaleceniem lekarza. |  |  |
| Razem cena brutto na jednego ubezpieczonego | |  |
| Ogółem cena brutto za 46 ubezpieczonych | |  |

1. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią zapytania ofertowego nr 10/2016 i uzyskałem wszelkie informacje niezbędne do sporządzenia niniejszej oferty.
2. W przypadku wyboru mojej oferty, zobowiązuję się do zawarcia umowy ubezpieczenia w miejscu i terminie wskazanym przez Zamawiającego.
3. Oświadczam, że spełniam warunki dotyczące:
4. posiadania uprawnień do wykonywania określonej działalności lub czynności, jeżeli przepisy prawa nakładają obowiązek ich posiadania,
5. posiadania wiedzy i doświadczenia,
6. dysponowania odpowiednim potencjałem technicznym oraz osobami zdolnymi do wykonania zamówienia,
7. sytuacji ekonomicznej i finansowej.

…………………………………………….

/pieczęć i czytelny podpis Wykonawcy/



*Załącznik nr 2*

**OŚWIADCZENIE**

Oświadczam o braku powiązań osobowych lub kapitałowych z Beneficjentem, polegających w szczególności na:

1. uczestniczeniu w spółce jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej;
2. posiadania co najmniej 10% udziałów lub akcji;
3. pełnienia funkcji członka organu nadzoru lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika;
4. pozostawaniu w związku małżeńskim, w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa lub powinowactwa w linii bocznej do drugiego stopnia lub w stosunku przysposobienia, opieki lub kurateli.

…………………………………………………………………

/data i czytelny podpis/