

FORMULARZ CENOWY

.....
Pieczęć WYKONAWCY

**Wojewódzki Szpital
Specjalistyczny nr 5 im. św
Barbary w Sosnowcu
ul. Plac Medyków 1
41-200 Sosnowiec**

Oferujemy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej (Część I) w przedmiocie odpłatnego świadczenia przez Wykonawcę usług ubezpieczenia dla Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego nr 5 im. św. Barbary w Sosnowcu w okresie **12 miesięcy** (od 01.04.2010 r. do 31.03.2011 r.) za **łącną cenę brutto..... PLN (słownie.....)** na którą składają się:

Rodzaj ubezpieczenia	Przedmiot ubezpieczenia	Taryfa w %	Składka w PLN
Ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej	Obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej świadczeniodawcy udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej		
	Odpowiedzialność cywilna z tytułu prowadzonej działalności medycznej i posiadanego mienia		
	Odpowiedzialność cywilna z tytułu prowadzonej działalności pozamedycznej i posiadanego mienia		
RAZEM:			

Miejscowość i data

.....
(czytelny podpis i pieczętka imienna upelnomocnionego przedstawiciela)