Zavod za hitnu medicinu

Ličko-senjske županija

Gospić, Vile Velebita 15

**POZIV ZA DOSTAVU PONUDA**

**za nabavu usluga osiguranja od profesionalne odgovornosti**

Ev.br. nabave: 8/17

Gospić, prosinac 2016. godine

**1. OPIS PREDMETA NABAVE**

Opis predmeta nabave: Nabava usluga osiguranja od profesionalne odgovornosti liječnika i medicinskih sestara/tehničara. Ponuda treba obuhvatiti osiguranje od profesionalne odgovornosti za 20 liječnika i 50 med sestara/tehničara prema Troškovniku iz Dodatka II. ovog Poziva. Traženi iznosi osiguranja 200.000,00 kn po štetnom događaju po liječniku uz agregatni limit 800.000,00 kn, 100.000,00 kn po štetnom događaju po medicinskoj sestri/tehničaru uz agregatni limit 200.000,00 kn.

Jedan od uvjeta prihvata ponude je da Ponuditelj prilikom sklapanja Ugovora ne traži popis imena osiguranika, iz razloga čestih zamjena istih.

Procijenjena vrijednost nabave: 11.000,00 kn

Evidencijski broj nabave: 8/17

**2.UVJETI NABAVE**

Vaša ponuda treba ispunjavati slijedeće uvjete:

**Rok izvršenja**: 5 dana od dana stupanja Ugovora na snagu

**Rok trajanja Ugovora**: 12 mjeseci

**Rok valjanosti ponude**: 60 dana od dana otvaranja ponude

**Mjesto izvršenja**: Zavod za hitnu medicinu Ličko-senjske županije, Vile Velebita 15, Gospić (Sjedište Gospić, Ispostave Zavoda: Senj, Novalja, Otočac, Korenica i Lovinac)

**Rok, način i uvjeti plaćanja**: Kvartalno, u roku od 60 dana od dana primitka valjanog računa, račun se ispostavlja na gore navedenu adresu Naručitelja, s naznakom na računu: „Broj Ugovora ili Narudžbenice za predmet nabave: Usluge osiguranja od profesionalne odgovornosti.“

**Cijena ponude**: U cijenu ponude uračunavaju se svi troškovi i popusti Ponuditelja.

**Kriterij za odabir ponude**: najniža cijena (uz obvezu ispunjenja navedenih uvjeta)

**3.NAČIN DOSTAVE PONUDE**

Ponuda se dostavlja na priloženom Ponudbenom listu koji je potrebno potpisati od strane Ponuditelja.

Ponuda mora biti uvezena u cjelinu, potpisana i pečatirana. Propisani tekst Poziva na dostavu ponuda ne smije se mijenjati i nadopunjavati. Stranice ponude moraju biti označene na način: redni broj stranice kroz ukupan broj stranica ponude. Ponude se pišu neizbrisivom tintom.

Molimo da Vašu ponudu s traženim uvjetima osiguranja dostavite:

**Rok za dostavu ponude**: 15. prosinca 2016.g. do 10:00 sati.

Ne provodi se javno otvaranje ponuda.

**Način dostave ponuda**: osobno ili poštom.

Ponude moraju biti dostavljene u zatvorenoj omotnici označenoj na slijedeći način:

Ponuditelj:unijeti podatke

Adresa:

Zavod za hitnu medicinu Ličko-senjske županije

Vile Velebita 15,

53000 Gospić

Za predmet nabave:

„USLUGE OSIGURANJA OD PROFESIONALNE ODGOVORNOSTI“

„NE OTVARAJ“

Ponuda pristigla nakon roka za dostavu ponuda ne otvara se i obilježava se kao zakašnjelo pristigla ponuda. Zakašnjela ponuda se odmah vraća gospodarskom subjektu koji ju je dostavio.

**Mjesto dostave ponude**: Zavod za hitnu medicinu Ličko-senjske županije, Vile Velebita 15, Gospić.

**Obavijest o rezultatima nabave**: Pisanu obavijest o rezultatima nabave Naručitelj će dostaviti Ponuditelju u roku od 30 dana od dana isteka roka za dostavu ponuda.

Dodatak I.

**PONUDBENI LIST**

Predmet nabave:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Naručitelj:

ZAVOD ZA HITNU MEDICINU LIČKO-SENJSKE ŽUPANIJE, Vile Velebita 15, Gospić

Naziv ponuditelja:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adresa:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

OIB:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Broj računa:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Naziv banke:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ponuditelj je u sustavu PDV-a: (zaokružiti): DA NE

Adresa za dostavu pošte:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Kontakt osoba:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefon:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Fax:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PONUDA:

Broj ponude:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum ponude:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Rok valjanosti ponude:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cijena ponude bez PDV-a:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PDV:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cijena ponude sa PDV-om:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ovjerava ovlaštena osoba ponuditelja

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ime i prezime, potpis)

Dodatak II

**TROŠKOVNIK**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **POPIS ZDRAVSTVENOG OSOBLJA** | **PODACI** | **IZNOS OSIGURANJA** | **JEDINIČNA CIJENA** | **CIJENA STAVKE (godišnja premija kn bez PDV-a)** |
| Doktor medicine | 20 | 200.000,00 kn po štetnom događaju uz agregatni limit 800.000,00 kn |  |  |
| Medicinske sestra/tehničar  | 50 | 100.000,00 kn po štetnom događaju uz agregatni limit 200.000,00 kn |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| UKUPNA GODIŠNJA PREMIJA bez PDV-a: |  |  |
| PDV: |  |  |
| CIJENA PONUDE S PDV-om: |  |  |

M. P. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

potpis odgovorne/ovlaštene osobe