Приложение 2

к Техническому заданию

**Формы предоставления информации Участниками закупочной процедуры**

1. **Предложение по оказанию услуг**
   1. Форма 1 - предложение по оказанию услуг

**начало формы**

Наименование Участника закупочной процедуры: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес Участника закупочной процедуры: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Предложение по оказанию услуг

по добровольному медицинскому страхованию для нужд АО «ЕЭнС»

*Суть предложения*

[*указать*] \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись, М.П.)

[*указать*] \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество подписавшего, должность)

**конец формы**

* 1. Инструкции по заполнению
     1. Участник закупочной процедуры присваивает приложению номер в соответствии с принятыми у него правилами документооборота.
     2. Участник закупочной процедуры должен указать свое полное наименование (с указанием организационно-правовой формы) и адрес места нахождения.
     3. В тексте предложения приводится информация в объеме, достаточном для анализа выполнения всех требований Технического задания и проекта договора страхования.
     4. Документ скрепляется подписью и печатью Участника закупочной процедуры .

1. **Предложение по цене договора**
   1. Форма 2 – предложение по размеру страховых премий

**начало формы**

Наименование Участника закупочной процедуры: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес Участника закупочной процедуры: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Предложение по размеру страховых премий по программам ДМС**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Программы ДМС | Планируемая численность персонала, подлежащего страхованию, чел. | Размер страховой премии на 1-го человека за весь период страхования, руб. | Сумма страховой премии за всех застрахованных по данной программе за весь период страхования, руб. |
| 1 | **4** | *[указать]* | *[указать]* |
| 2 | **67** | *[указать]* | *[указать]* |
| 3 | **185** | *[указать]* | *[указать]* |
| **ИТОГО цена договора (страховая премия) составляет:** | | |  |

[*указать*] \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись, М.П.)

[*указать*] \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество подписавшего, должность)

**конец формы**

* 1. Инструкции по заполнению
     1. Предложение оформляется на официальном бланке Участника закупочной процедуры .
     2. Участник закупочной процедуры должен указать свое полное наименование (с указанием организационно-правовой формы) и адрес места нахождения.
     3. Участник закупочной процедуры указывает размер страховых премий на одного Застрахованного по каждой из программ ДМС.
     4. Участник закупочной процедуры указывает размер предлагаемой цены договора (страховой премии) на весь период страхования.
     5. Документ скрепляется подписью и печатью Участника закупочной процедуры.

1. **Подтверждение опыта работы по предмету закупочной процедуры.**
   1. Форма 3 – Справка об опыте работы по предмету закупочной процедуры.

**начало формы**

**Справка об опыте работы по предмету закупочной процедуры**

Наименование Участника закупочной процедуры: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес Участника закупочной процедуры: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Сообщаем, что опыт оказания услуг по страхованию\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (указывается предмет закупки) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (указывается наименование Участника) составляет \_\_\_\_\_(указывается количество полных лет на дату вскрытия предложений) с «\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ года (указывается дата начала оказания услуг по предмету закупки). Копии подтверждающих документов (копии лицензий по указанному виду страхования) прилагаю.

[*указать*] \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись, М.П.)

[*указать*] \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество подписавшего, должность)

**конец формы**

* 1. Инструкции по заполнению
     1. Участник закупочной процедуры приводит номер и дату письма о подаче оферты, приложением к которому является данная справка.
     2. Участник закупочной процедуры , являющийся юридическим лицом, должен указать свое полное наименование (с указанием организационно-правовой формы) и адрес место нахождения. Участник, являющийся физическим лицом, в том числе индивидуальным предпринимателем, указывает полностью фамилию, имя, отчество, паспортные данные, адрес прописки (индивидуальный предприниматель – адрес регистрации).
     3. Если Участником закупочной процедуры указывается опыт с учетом опыта правопредшественников, то дополнительно прикладываются копии подтверждающих документов (документы, подтверждающие правопреемство, лицензии на осуществление данного вида страхования за соответствующие периоды, и др.)

1. **Предложение по оказанию дополнительных услуг** 
   1. Форма 4 – Справка по оказанию дополнительных услуг

**начало формы**

Наименование Участника закупочной процедуры : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес Участника закупочной процедуры : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Предложение по оказанию дополнительных услуг**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № п/п | Параметры оценки | Условия |
|  | Предложение по дополнительному расширению страхового покрытия | *[указать предложения по дополнительному расширению страхового покрытия по ДМС, превышающие минимальные требования, установленные в техническом задании]* |
|  | Предложение по включению дополнительных медицинских учреждений (ЛПУ) в программы страхования | *[указать предложения по дополнительному расширению перечня ЛПУ, Заказчик вправе принять к включению в программы страхования все или часть из предложенных Участником ЛПУ]* |
|  | Предложение по сокращению перечня исключений (не страховых случаев) из программы ДМС | *[указать перечень исключений из программы ДМС (случаи, не являющиеся страховыми) уменьшающие максимальные требования, установленные в техническом задании]* |
|  | Предложение по условиям добровольного медицинского страхования членов семьи застрахованных работников | *[указать условия добровольного медицинского страхования членов семьи застрахованных работников]* |
|  | Дополнительные (сервисные) услуги | *[указать перечень дополнительных услуг, предоставляемых Участником]* |

[указать] \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись, М.П.)

[указать] \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество подписавшего, должность)

**конец формы**

* 1. Инструкции по заполнению
     1. Предложение оформляется на официальном бланке Участника закупочной процедуры.
     2. Участник закупочной процедуры должен указать свое полное наименование (с указанием организационно-правовой формы) и адрес места нахождения.
     3. Участник закупочной процедуры указывает перечень дополнительных услуг и предлагаемые им условия их оказания.
     4. Документ скрепляется подписью и печатью Участника закупочной процедуры.

1. **Справка о квалификации и финансовой устойчивости Участника** **закупочной процедуры** 
   1. Форма 5 - справка о квалификации и финансовой устойчивости Участника

**начало формы**

**Справка о квалификации и финансовой устойчивости Участника** **закупочной процедуры**

Наименование и адрес Участника закупочной процедуры : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес Участника закупочной процедуры : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№ п/п** | **Наименование показателя** | **Содержание показателя** | **Примечание** |
| 1. | Опыт добровольного медицинского страхования (полных лет, согласно лицензии) |  |  |
| 2. | Размер чистой прибыли Участника за 2016 год, руб. |  |  |
| 3. | Размер страховых резервов Участника за 2016 год, руб. |  |  |
| 4. | Сведения о присвоении Участнику рейтинга российскими и зарубежными рейтинговыми агентствами. |  |  |

**конец формы**

Заказчик имеет право проверить достоверность информации, представленной Участником закупочной процедуры в таблице. В случае выявления недостоверных сведений закупочная комиссия вправе отклонить заявку такого Участника.

1. **Наличие у Участника закупочной процедуры филиалов/представительств в городе расположения АО «ЕЭнС»**
   1. Форма 6 - Справка о наличии у Участника закупочной процедуры филиалов/представительств в городе расположения АО «ЕЭнС»

**начало формы**

**Справка о наличии у Участника закупочной процедуры филиалов/представительств в городе расположения АО «ЕЭнС»**

Наименование и адрес Участника закупочной процедуры: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес Участника закупочной процедуры: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Подразделение Заказчика | |  | | Филиал/представительство Участника | | | | |
| Наименование | Фактический адрес (населенный пункт) | №п/п | Наименование | Фактический адрес (населенный пункт) | Численность работников филиала/численность работников, задействованных при исполнении договора страхования с АО «ЕЭнС» | Полномочия по организации и осуществлению добровольного медицинского страхования в регионе присутствия филиала Заказчика | Общее число заключенных прямых договоров с ЛПУ в регионе присутствия филиала Заказчика | ФИО, должность, контактная информация врача-куратора от страховой компании и административного куратора от страховой компании. Обязательно указывается номер мобильного телефона каждого специалиста. |
|  | АО «ЕЭнС» | г. Екатеринбург |  |  |  |  |  |  |  |

**конец формы**

1. **Сведения о наличии у** **Участника** **закупочной процедуры заключенных прямых договоров, обеспечивающих оказание медицинских услуг в ЛПУ, включенных в программы ДМС АО «ЕЭнС»** (заполняется в формате xls).
   1. Форма 7 - Справка о наличии у Участника закупочной процедуры заключенных прямых договоров, обеспечивающих оказание медицинских услуг в ЛПУ, включенных в программы ДМС АО «ЕЭнС».

**начало формы**

**Справка о наличии у Участника закупочной процедуры заключенных прямых договоров, обеспечивающих оказание медицинских услуг в ЛПУ, включенных в программы ДМС АО «ЕЭнС»**

Наименование и адрес Участника закупочной процедуры: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес Участника закупочной процедуры: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование ЛПУ | Реквизиты договора | Срок действия договора | Объем медицинских услуг по договору с ЛПУ | Примечание |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**Итого:** число ЛПУ с которыми у *[наименование Участника* *закупочной процедуры ]* на настоящий момент заключены прямые договоры: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_шт.

**конец формы**

Заказчик имеет право проверить достоверность информации, представленной Участником в таблице, в том числе путем запроса копий договоров, заключенных Участником с ЛПУ (со всеми приложениями).

В случае выявления недостоверных сведений закупочная комиссия вправе отклонить заявку такого Участника.

1. Общая инструкция по заполнению форм предоставления информации.
   1. Участник закупочной процедуры должен указать свое полное наименование (с указанием организационно-правовой формы) и адрес места нахождения.
   2. Участник закупочной процедуры указывает необходимые сведения, согласно представленным формам и указаниям к ним.
   3. В случае присвоения Участнику закупочной процедуры рейтинга рейтингового агентства Участник прилагает к справке «О квалификации и финансовой устойчивости Участника » копию свидетельства о присвоении рейтинга.
   4. В случае отсутствия каких-либо данных или неприменимости вопроса к Участнику в соответствующих графах таблиц следует указать слова «нет данных» или «неприменимо» соответственно.
   5. Заказчик имеет право проверить достоверность информации, представленных Участником закупочной процедуры. В случае выявления недостоверных сведений закупочная комиссия вправе отклонить заявку такого Участника.
   6. Документ скрепляется подписью и печатью Участника закупочной процедуры.