

JP ZOOLOŠKI VRT BOR  
Dr. Milovanovića bb  
19210 Bor



šifra delatnosti: 9104  
matični broj: 20788429  
PIB: 107366882

Tel: 030/215 00 29, email: [zoovrt030@gmail.com](mailto:zoovrt030@gmail.com), [www.zoovrtbor.com](http://www.zoovrtbor.com)

Број захтева: 394/2021  
Датум, 21.07.2021.године

Набавка број :3

## Позив за достављање понуде

Поштовани,

Позивамо Вас да нам доставите понуду за набавку услуга - осигурање запослених и посетиоца за Партију 1 - Осигурање запослених у ЈП“Зоолошки врт“Бор:

Рок за достављање понуде:	26.07.2021.године до 11 часова
Начин достављања понуде :	Поштом на адресу Др.Миловановића бб, е-маил-ом <a href="mailto:zoovrt030@gmail.com">zoovrt030@gmail.com</a> или лично
Обавезни елементи понуде :	Образац понуде са исказаном премијом
Критеријум за избор најповољније понуде	Најнижа понуђена цена
Особа за контакт:	Николић Владан и Мијаиловић Јелена, тел. 030/215 00 29

Попуњен, потписан и печатом оверен Образац понуде се доставља поштом, е-маил-ом или лично на горе наведеној адреси, са назнаком набавке за коју се доставља.

Лице за спровођење поступка  
Мијаиловић Јелена

JP ZOOLOŠKI VRT BOR  
Dr. Milovanovića bb  
19210 Bor



šifra delatnosti: 9104  
matični broj: 20788429  
PIB: 107366882

Tel: 030/215 00 29, email: [zoovrt030@gmail.com](mailto:zoovrt030@gmail.com), [www.zoovrtbor.com](http://www.zoovrtbor.com)

## ОБРАЗАЦ ПОНУДЕ

Набавка услуга – Осигурање запослених и посетиоца у ЈП“ Зоолошки врт “Бор Партија 1 - Осигурање запослених	
Назив осигуравајуће куће:	
Седиште:	
Улица и број :	
Матични број :	
ПИБ:	
Текући рачун и назив банке :	

Ред. број	Осигурани ризици	Број запослених.	Осигурана сума	Премија
1.	Смрт која наступи услед несрећног случаја	18	400.000	
2.	Трајни губитак опште радне способности (инвалидитет) услед несрећног случаја	18	800.000	
3.	Хирушке интервенције	18	50.000	
4.	Дневна накнада	18	360	
5.	Трошкови лечења	18	8.000	
Укупна премија без пореза:				
Укупан износ за уплату премије са порезом:				

**Начин плаћања премије:** Месечно

**Рок плаћања премије:** У року од \_\_\_\_\_ дана од дана пријема захтева.

Место \_\_\_\_\_

Датум \_\_\_\_\_

М.П. \_\_\_\_\_  
Осигуравајућа кућа