Załącznik nr 1a - **szczegółowy opis przedmiotu zamówienia**

**Świadczenie kompleksowych usług medycznych dla Instytutu Transportu Samochodowego (ITS) z zakresu medycyna pracy oraz innych świadczeń medycznych.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Usługa** | **Opis wymagań**  | **Spełnia/nie spełnia** |
| **Medycyna pracy**  |
| 1.  | Badania z zakresu medycyny pracy, w tym badania wstępne, badania okresowe, badania okresowe w związku z pogorszeniem stanu zdrowia, badania kontrolne w celu wydania orzeczenia o zdolności do wykonywania pracy na danym stanowisku | Badania dla **pracowników i kandydatów do pracy skirowanych n badania przez Zamawiającego.**Badania medycyny pracy będą zawierać **pełen zakres obejmujący wszystkie badania i konsultacje lekarskie wymagane obowiązującymi przepisami prawa dla pracownika na danym stanowisku pracy,** na które kieruje pracodawca wydając skierowanieW ramach badań Lekarz Medycyny Pracy będzie przeprowadzać lub zlecać **badania niezbędne do wydania pracownikowi orzeczenia o zdolności do wykonywania pracy na danym stanowisku,** zgodnie z zakresem określonym w Kodeksie Pracy, ustawie z dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy (t.j. Dz. U. z 2014 r. poz. 1184) oraz w przepisach wydanych na ich podstawie, w szczególności w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30 maja 1996 r. w sprawie przeprowadzania badań lekarskich pracowników, zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami oraz orzeczeń lekarskich, wydawanych do celów przewidzianych w Kodeksie pracy (Dz. U. z 1996 r. Nr 69, poz. 332 z późn. zm.), w tym również badania sanitarno-epidemiologiczne (z wyłączeniem badań w kierunku nosicielstwa).W ramach miesięcznego abonamentu przeprowadzane będą także **badania kierowców**, zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 17 lipca 2014 r. w sprawie badań lekarskich osób ubiegających się o uprawnienia do kierowania pojazdami i kierowców (Dz. U. z 2014 r. poz. 949).Wszelkie badania i konsultacje niezbędne do otrzymania orzeczenia lekarskiego powinny zostać wykonane jednego dnia, w terminie do 2/5 dni od dnia zgłoszenia wykonania badań przez pracownika ITS. Badania i konsultacje powinny zostać przeprowadzone bezpośrednio po sobie. 🡪 patrz szczegółowo pkt 22 poniżej |  |
| 2 | Profilaktyka zdrowotna w zakresie czynnego poradnictwa dla osób chorych na choroby zawodowe lub choroby związane z wykonywaną pracą – leczenie i prewencja | * Analiza stanu zdrowia pracowników, występowania chorób zawodowych i ich przyczyn.
* Gromadzenie, przechowywanie i przetwarzanie informacji o narażeniu zawodowym i stanie zdrowia osób objętych profilaktyczną opieką zdrowotną.
* Inicjowanie działań wśród pracowników na rzecz ochrony ich zdrowia.
 |  |
| 3 | Świadczenie usług na terenie zakładu pracy (ITS) na żądanie Zamawiającego. | Wykonawca będzie zobowiązany do * wykonywania przeglądów stanowisk pracy,
* do zapewnienia udziału Lekarza Medycyny Pracy w komisji BHP,
* do przygotowywania opinii dla potrzeb komisji wypadkowej,
* do udzielenia pomocy w ustaleniu składu apteczki pierwszej pomocy.
 |  |
| **Pakiet podstawowych usług medycznych: dla pracownika Zamawiającego -ITS/dla rodziny pracownika Zamawiającego/ dla małżonka lub partnera pracownika Zamawiającego/dla dziecka pracownika Zamawiającego do ukończenia 25 roku życia** |
|  4 |  Konsultacje lekarskie - dostęp do lekarzy nielimitowany, bez skierowania,  | * choroby wewnętrzne (internista i/lub lekarz medycyny rodzinnej)
* ginekologia i położnictwo
* chirurgia
* laryngologia
* okulistyka
* dermatologia
* alergologia
* ortopedia
* kardiologia
* neurologia
* urologia
* diabetologia
* endokrynologia
* gastroenterologia
* nefrologia
* onkologia
* pulmonologia
* reumatologia
* hematologia
* pediatria
* chirurgia dziecięca
* ortopedia dziecięca
* neurologia dziecięca
* psychiatra
* psycholog, w tym seksuolog i androlog
 |  |
|  Konsultacje lekarskie - dostęp do lekarzy limitowany, bez skierowania, 3 konsultacje w ciągu roku u każdego ze specjalistów |
| 5 |  Konsultacje lekarskie – dostęp do lekarzy na podstawie skierowania od lekarza Wykonawcy do pozostałych specjalistów nie wskazanych w pkt 4 powyżej.  |  W tym tzw. konsultacje profesorskie u samodzielnego pracownika naukowego |  |
| 6 |  Badania diagnostyczne - nielimitowana liczba badań na podstawie skierowania wraz z bezpłatnymi środkami kontrastowymi oraz preparatami do badań w zakresie diagnostyki laboratoryjnej, obrazowej i czynnościowej, **z zastrzeżeniem, że w ramach jednego pakietu przysługuje raz w roku bez skierowania na żądanie pacjenta:*** **badanie moczu**
* **morfologia krwi z rozmazem automatycznym**
* **badanie krwi sprawdzające poziom cholesterolu**
* **badanie krwi sprawdzające poziom glukozy na czczo**
 | * badania hematologiczne i koaguolologiczne: eozynofilia bezwzględna, leukocyty, OB, morfologia krwi obwodowej z rozmazem, płytki krwii, retikulocyty, czas protrombinowy, czas trombinowy (TT), czas tromboplastynowy (INR), D-Dimery, APTT, fibrynogen
* badania biochemiczne i hormonalne oraz markery nowotworowe: białko c-reaktywne, ALAT-aminotransferaza alaninowa, ASPAT-aminotransferaza asparaginianowa, amylaza, albuminy, białko całkowite, bilirubina całkowita, bilirubina bezpośrednia, chlorki, cholesterol całkowity, cholesterol HDL, cholesterol LDL, kinaza kreatynowa (CPK), dehydrogenaza mleczanowa, fosfataza zasadowa, fosfataza kwaśna, fosforany, GGTP –gamma– glutamylotranspeptydaza, glukoza, glukoza – krzywa, kreatynina, kwas moczowy, lipidogram, magnez, mocznik, potas, proteinogram, sód, trójglicerydy, wapń, żelazo, IGE całkowite, IGA całkowite, IGG całkowite, IGM całkowite, kwas foliowy, witamina B12, TIBC – całkowita zdolność wiązania żelaza, żelazo-krzywa wchłaniania, ferrytyna, ceruloplazmina, transferyna, troponina, tyreoglobulina, apolipoproteina A1, lipaza, miedź, adrenalina (poziom we krwii), kortyzol, test z metodopramidem, prolaktyna, TSH, estradiol, FSH, FT3 (wolne T3), FT4 (wolne T4), beta-HCG, LH, progesteron, prolaktyna, testosteron, AFP, PSA, CEA, CA-125, CA-15.3, CA-19.9, bhemoglobina glikolowana.
* badania serologiczne i diagnostyka infekcji: odczyn VDRL, ASO, RF, Waalera – Rosego, CoombsaBTA, oznaczenie przeciwciał anty Rh, grupa krwi, badanie przeglądowe alloprzeciwciał, Antygen Hbs (HBs-Ag), ATPO, ATG, cytomegalia przeciwciała w klasie IGG/IGM, EBV przeciwciała w klasie IGG/IGM, przeciwciała anty-Hbs, przeciwciała anty-HCV, Helikobakter pyroli, przeciwciała HIV1/HIV2 oraz mononukleoza, różyczka, toksoplazmoza przeciwciała w klasie IGG/IGM, chlamydia trachomatis IGG/IGM/IGA, HBc przeciwciała IGM
* badania moczu: badanie ogólne + osad, kwas wanilinomigdałowy białko, fosforany, glukoza kreatynina, kwas moczowy, magnez, mocznik, sód, wapń, ALA, miedź, potas, katecholaminy noradrenalina adrenalina, kortyzol, metoksykatecholaminy, ołów w dobowej zbiórce moczu
* posiewy i wymazy w kierunku bakterii tlenowych - posiew moczu, posiew kału ogólny, wymaz z gardła, w zależności od wskazań dodatkowo antybiogram, posiew i wymaz w kierunku bakterii tlenowych i beztlenowych, wymaz z ucha, oka, nosa, odbytu, pochwy, rany, posiew kału w kierunku pałeczek Salmonella i Shigella, czystość pochwy, posiew nasienia, posiew plwociny, wymaz z szyjki macicy
* badania kału: badanie kału ogólne w kierunku pasożytów, na krew utajoną, na Lamblie oraz na Rota Wirus/adenowirusy
* badania cytologiczne: cytologia ginekologiczna, cytologia złuszczeniowa z nosa badania mykologiczne z posiewem, mykogram
* badania toksykologiczne: digoksyna, ołów
* badania elektrokardiograficzne: EKG spoczynkowe, EKG wysiłkowe, 24 godzinne badanie EKG (Holter EKG), Holter EKG ciśnieniowy, Holter EKG „event”
* badania rentgenowskie: RTG czaszki, RTG jamy brzusznej, RTG klatki piersiowej – również z barytem, RTG kości krzyżowej i krzyżowo-ogonowej, RTG kości (nosa, podudzia, udowej, ramienia, przedramienia, skroniowych), RTG kręgosłupa (lędźwiowego, krzyżowo-biodrowego, piersiowego, szyjnego), RTG w kierunku skoliozy, RTG łopatki, RTG miednicy, RTG mostka, RTG żuchwy, RTG zatok, RTG żeber, RTG stawów, RTG kończyn, urografia, RTG nosogardła (trzeci migdał), RTG barku
* badania ultrasonograficzne: USG jamy brzusznej, USG miednicy mniejszej, USG układu moczowego, USG ginekologiczne przez powłoki brzusznej, USG ginekologiczne (ocena ciąży), USG piersi, USG tarczycy, USG gruczołu krokowego przez powłoki brzuszne, USG transwaginalne, USG ciąży przez powłoki brzuszne, USG scriningowe ginekologiczne, USG jąder, USG ślinianek, ECHO serca, USG gruczołu krokowego transrektalne, Doppler USG tętnic szyi, Doppler USG żył szyi, Doppler USG tętnic kończyny, Doppler USG żył kończyny, USG Doppler jamy brzusznej/ układu wrotnego, USG Doppler tętnic nerkowych, USG Doppler tętnic wewnątrzczaszkowych, USG stawu biodrowego, USG stawu kolanowego, USG stawu łokciowego, USG stawu skokowego, USG staw barkowy, USG monitorowanie biopsji, USG tkanek miękkich, USG węzłów chłonnych, USG krtani, USG nadgarstka, USG drobne stawy i więzadła, USG palca, USG ścięgna Achillesa
* badania endoskopowe: anoskopia, gastroskopia, rektoskopia, sigmoidoskopia, kolonoskopia - pobranie wycinków z oceną histopatologiczną w przypadku wskazań medycznych
* badania okulistyczne: pole widzenia, dno oka, adaptacja do ciemności, badanie ciśnienia śródgałkowego, badanie widzenia przestrzennego
* rezonans magnetyczny: jamy brzusznej, miednicy małej, śródpiersia (z wyłączeniem piersi), kręgosłupa: lędźwiowego, piersiowego, szyjnego, głowy + angio (z wyłączeniem spektroskopii), oczodołów, zatok, przysadki, stawów: barkowego, łokciowego, kolanowego, nadgarstka, skokowego, biodrowych, krzyżowo-biodrowych, stopy (z wyłączeniem badań dynamicznych), kończyny dolnej (udo, podudzie), kończyny górnej (ramię, przedramię).
* tomografia komputerowa: głowy (z wyłączeniem dental CT), zatok, oczodołów, kości skroniowych, szyi, krtani, klatki piersiowej (z wyłączeniem naczyń wieńcowych i serca), klatki piersiowej HRCT, jamy brzusznej (z wyłączeniem kolonoskopii wirtualnej), miednicy małej, kręgosłupa: szyjnego, piersiowego, lędźwiowego, stawów: biodrowych, kolanowego, skokowego, nadgarstka, barkowego, łokciowego, stopy, CT tkanek miękkich (udo, podudzie, ramie, przedram
* spirometria
* audiometria tonalna
* densytometria przesiewowa (screeningowa)
* badanie uroflowmetryczne
* biopsje cienkoigłowe - guzka, prostaty, piersi, tarczycy, węzłów chłonnych wraz z oceną histopatologiczną
* mammografia
* testy skórne alergiczne
 |  |
| 7 |  **Zabiegi ambulatoryjne –** nielimitowana liczba zabiegów ogólnolekarskich, chirurgicznych, laryngologicznych, okulistycznych, ortopedycznych, dermatologicznych, ginekologicznych oraz pielęgniarskich, na podstawie skierowania od lekarza Wykonawcy, z bezpłatnym użyciem materiałów i środków medycznych, takich jak: gips tradycyjny i syntetyczny, opatrunki, bandaże, venflon, strzykawki, waciki, plastry, igły, środki dezynfekujące, szwy i nici chirurgiczne: | * pobranie wymazu/posiewu
* pomiar ciśnienia tętniczego
* pomiar wzrostu i wagi ciała
* odczulanie (lek pacjenta)
* założenie i zmiana opatrunku
* pobranie wymazu i posiewu
* usunięcie szwów po zabiegach wykonywanych w placówkach własnych usługodawcy
* usunięcie szwów po zabiegach wykonywanych poza placówkami usługodawcy – po ocenie lekarza, poza zdjęciem szwów po porodzie
* znieczulenie miejscowe
* usunięcie kleszcza
* założenie i usunięcie przedniej tamponady nosa
* przedmuchiwanie (kateteryzacja) trąbki słuchowej
* koagulacja naczyń przegrody nosa
* usunięcie ciała obcego z nosa, ucha
* założenie/zmiana innego opatrunku laryngologicznego
* założenie/zmiana/usunięcie sączka
* płukanie ucha/nosa
* laryngoskopia pośrednia
* pobranie wymazu/posiewu
* donosowe podanie leku obkurczającego śluzówki nosa
* badanie dna oka
* pomiar ciśnienia śródgałkowego
* usunięcie ciała obcego z oka
* badanie ostrości widzenia
* iniekcja podspojówkowa
* badanie autorefraktometrem
* podanie leku do worka spojówkowego
* płukanie worka spojówkowego
* gonioskopia
* dobór okularów
* założenie/zmiana/usunięcie opatrunku gipsowego
* repozycja złamania (jeżeli standard przychodni na to pozwala)
* iniekcje dostawowe i okołostawowe
* punkcja stawu – pobranie materiału do badań
* założenie opaski elastycznej
* założenie szyny/temblaka
* założenie/dopasowanie kortezy lub stabilizatora
* dermatoskopi
* pobranie cytologii
* podanie leku doustnego
* iniekcja podskórna, domięśniowa, dożylna
* podłączenie wlewu kroplowego
* pobranie krwi
* szczepienia przeciwko grypie i tężcowi wraz z ceną preparatu, po konsultacji lekarskiej
 |  |
| 8 |  Prowadzenie ciąży – bez skierowania, na podstawie „kalendarza badań w ciąży”/ karty ciąży. | * badanie cytologiczne
* grupa krwi i czynnik Rh  oraz przeciwciała odpornościowe dla krwinek czerwonych
* przeciwciała odpornościowe dla krwinek czerwonych (BTA)
* morfologia krwi
* badanie ogólne moczu
* badanie stężenia glukozy we krwi na czczo
* badanie stężenia glukozy na czczo i 2 godz. po podaniu doustnym 75 g glukozy
* VDRL
* antygen HBs
* przeciwciała anty-HBV, anty-HCV, anty-HIV
* przeciwciała w kierunku różyczki (IgG, IgM)
* przeciwciała w kierunku toksoplazmozy (IgG, IgM)
* przeciwciała w kierunku cytomegalii (IgG, IgM)
* test podwójny – (PAPP-A, wolna podjednostka ß-HCG)
* test potrójny – (całkowite HCG, wolny estriol i AFP)
* posiew w kierunku paciorkowców ß-hemolizujących z pochwy i okolicy odbytu
* posiew z kanału szyjki macicy
* badania ultrasonograficzne macicy i przydatków
 |  |
| 9 |  Profilaktyka stomatologiczna oraz stomatologia zachowawcza obejmująca następujące usługi wraz z materiałami. | * przegląd stomatologiczny – raz w roku
* fluoryzacja zębów
* usuwanie kamienia nazębnego (scaling)
* uszczelnianie bruzd
* piaskowanie
* konsultacja stomatologa, ortodonty, chirurga stomatologicznego, periodontologa, protetyka (plan leczenia)
* stomatologia zachowawczą, w tym: leczenie ubytków próchniczych, leczenie kanałowe zębów, odbudowa zębów, suchy zębodół, dewitalizacja, amputacja i ekstyrpacja miazgi, impregnacja zębiny
* RTG zęba
* pantomogram
* znieczulenie miejscowe
* nocna pomoc stomatologiczna (pomoc doraźna) w godzinach 20.00-8.00 na terenie m. st. Warszawy
 |  |
| 10 |  Chirurgia stomatologiczna – rabat 50% na usługi wraz z materiałami, wykonywane przez lekarzy stomatologów w zakresie: | * chirurgiczne zaopatrzenie rany (dużej, małej - do 3 zębodołów)
* hemisekcja zęba
* nacięcie ropnia – włącznie z drenażem
* plastyka połączenia lub przetoki ustno-zatokowej
* plastyka wędzidełka wargi, policzka, języka
* resekcja wierzchołka korzenia zęba bocznego, zęba bocznego z wstecznym wypełnienie kanału
* resekcja wierzchołka korzenia zęba przedniego, zęba przedniego z wstecznym wypełnieniem kanału
* tymczasowe zaopatrzenie złamanej szczęki
* usunięcie szwów w jamie ustnej
* usunięcie zęba jednokorzeniowego, jednokorzeniowego mlecznego
* usunięcie zęba przez dłutowanie wewnatrzzębodołowe
* usunięcie zęba wielokorzeniowego, wielokorzeniowego mlecznego
* wycięcie małego guzka, zmiany guzopodobnej
* wyłuszczenie kamienia z przewodu slinianki
* wyłuszczenie torbieli zębopochodnej
* założenie opatrunku chirurgicznego
* założenie opatrunku parodontologicznego
* zamknięcie zatoki otwartej w przebiegu usuwania zęba
* zatamowanie krwawienia w obrębie jamy ustnej
 |  |
| 11 |  Rehabilitacja – ze skierowaniem, dla pacjentów po urazach ortopedycznych, cierpiących na chorobę zwyrodnieniową stawów, cierpiących z powodu chorób zawodowych oraz z powodu neurologicznych zespołów bólowych; bez rehabilitacji wad wrodzonych i ich następstw, urazów okołoporodowych, przewlekłych chorób tkanki łącznej i ich następstw, rehabilitacji po zabiegach operacyjnych w okresie 1 miesiąca po zabiegu, po incydentach wieńcowych, po incydentach neurologicznych i naczyniowo-mózgowych oraz usług o charakterze fitness i gimnastyki korekcyjnej: | * konsultacje lekarza rehabilitacji
* konsultacje rehabilitanta
* konsultacje lekarza rehabilitacji dzieci
* kinezyterapia
* fizykoterapia, obejmująca co najmniej następujące zabiegi:

- elektrostymulacja- jonoforeza- galwanizacja- ultradźwięki (w tym w wodzie)- prądy diadynamiczne- prądy interferencyjne- terapia laserowa- terapia manualna |  |
| 12 |  Interwencja karetki  |  w przypadku nagłych zachorowań i wypadków: nielimitowana usługa udzielenia pomocy w siedzibie Zamawiającego ( ITS), a w razie konieczności – usługa przewozu pacjenta do placówki Wykonawcy lub – w przypadku zagrożenia życia – do najbliższego szpitala |  |
| 13 |  Programy profilaktyki zdrowotnej | Dostosowane do zagrożeń zdrowotnych występujących u pacjentów określonej płci w poszczególnych grupach wiekowych programy konsultacji lekarskich i badań specjalistycznych zapobiegających ryzyku zachorowań 🡪 profilaktyczny przegląd stanu zdrowia. |  |
| **Pozostałe wymagania:** |
| 14 | Rozwinięta sieć placówek w Warszawie i okolicach, w tym:* co najmniej 4 placówki medyczne na terenie miasta Warszawy świadczące usługi z zakresu medycyny pracy,
* co najmniej 1 placówka świadcząca usługi z zakresu medycyny pracy w odległości nie większej niż 5 km od siedziby Zamawiającego🡪 patrz kryteria wyboru oferty najkorzystniejszej

Uwaga!!! Odległość dzielącą siedzibę Zamawiającego (Instytut Transportu Samochodowego w Warszawie ul. Jagiellońska 80), Wykonawca jest zobowiązany do sprawdzenia na stronie internetowej <http://www.zumi.pl/trasa.html>. Powyższy wymóg ma na celu zapewnienie równego traktowania Wykonawców w niniejszym postępowaniu. |  |
| 15 | Możliwość rezerwowania wizyt osobiście (w placówkach), telefonicznie (infolinia), za pośrednictwem strony internetowej lub aplikacji internetowych, w tym mobilnych. Przypomnienie drogą elektroniczną np. sms-ami lub emailami o wizytach /badaniach w dniu poprzedzającym dzień umówionej wizyty/badania. |  |
| 16 | Doraźna pomoc lekarza internisty i pediatry 24h/7dni w tygodniu na terenie m.st. Warszawy |  |
| 17 | Wystawianie zwolnień lekarskich |  |
| 18 | Minimum 10% rabatu na wszystkie pozostałe, niezagwarantowane w ramach pakietu podstawowych usług medycznych ,usługi medyczne w placówkach Wykonawcy 🡪 patrz kryteria wyboru oferty najkorzystniejszej |  |
| 19 | Całodobowa pomoc medyczna – pomoc w nagłych przypadkach, udzielenie informacji jakie działania należy w danej sytuacji podjąć za pośrednictwem do wyboru infolinii, strony internetowej, aplikacji internetowej |  |
| 20 | Gromadzenie, przechowywanie i przetwarzanie informacji o stanie zdrowia pacjenta, w tym dostęp dla pacjenta oraz dla wszystkich lekarzy Wykonawcy, u których odbywa się konsultacja, do historii chorób pacjenta, wykazu wszystkich konsultacji lekarskich, wykazu stosowanych lekarstw, wyników badań laboratoryjnych i diagnostycznych innych ważnych informacji o pacjencie |  |
| 21 | **Maksymalne terminy, w których będzie zagwarantowane odbycie wizyty/badania/konsultacji liczone od dnia zgłoszenia potrzeby w ww. zakresie przez pacjenta:****Medycyna pracy:**Badania wstępne/ okresowe / okresowe w związku z pogorszeniem stanu zdrowia – 5 dniBadania kontrolne – 2 dniBadania i konsultacje z zakresu medycyny pracy powinny się odbywać w najbliższej względem siedziby Zamawiającego placówce Wykonawcy świadczącej tego typu usługKonsultacje u lekarza pediatry oraz internisty lub u lekarza rodzinnego – 2 dniKonsultacje u pozostałych lekarzy specjalistów – 10 dniBadania diagnostyczne/ Profilaktyka stomatologiczna oraz stomatologia zachowawcza -14 dni**Wszystkie terminy dotyczą konsultacji/badań/wizyt na terenie m. st. Warszawy**W przypadku braku w placówkach Wykonawcy wymaganego dostępu do specjalisty w odpowiednim terminie, wymagane jest skierowanie pacjenta przez lekarza Wykonawcy na konsultację specjalistyczną do lekarza, który nie przyjmuje w placówkach Wykonawcy, ale jest dostępny na terenie Warszawy. |  |

Załącznik nr 1b –**Wykaz placówek medycznych Wykonawcy na terenie m. st. Warszawy**

**Wykonawca załączy wykaz placówek medycznych spełniających łącznie następujące kryteria:**

* placówka medyczna świadczy usługi opieki medycznej przez 6 dni w tygodniu,
* placówka medyczna świadczy usługi opieki medycznej innej niż medycyna pracy, w których dostępnych jest co najmniej 8 spośród następujących specjalistów: alergolog, chirurg, dermatolog, endokrynolog, gastrolog, ginekolog, hematolog, internista, kardiolog, laryngolog, neurolog, okulista, onkolog, ortopeda, reumatolog, proktolog, urolog, pediatria, chirurg dziecięcy, ortopeda dziecięcy, neurolog dziecięcy.

**Wykaz placówek medycznych:**

Załącznik nr 3 – **Formularz oferty**

....................................

pieczęć Wykonawcy, tel., fax

**Oferta:**

1. Dane dotyczące Wykonawcy:
* pełna nazwa Wykonawcy, status prawny

......................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

* adres

......................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

* nr telefonu i faksu

......................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

* adres elektroniczny

......................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

* imiona, nazwiska oraz podpis/podpisy osoby/osób upoważnionych do reprezentowania Wykonawcy ......................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

Odpowiadając na ogłoszenie o zamówieniu dotyczące przetargu nieograniczonego, którego przedmiotem jest **świadczenie kompleksowych usług medycznych dla Instytutu Transportu Samochodowego,** oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia na następujących warunkach:

**TABELA 1:**

Ceny jednostkowe poszczególnych pakietów:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Usługa** | **Cena netto:** | **VAT:** | **Cena brutto:** |
| **Pakiet podstawowych usług medycznych dla pracownika ITS** |  |  |  |
| **Medycyna Pracy** |  |  |  |
| **Pakiet rodzinny** |  |  |  |
| **Pakiet dla małżonka lub partnera/dla dziecka do ukończenia 25 r.ż.** |  |  |  |

**TABELA 2:**

**Zakres podstawowy zamówienia:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Usługa** | **Liczba pracowników Zamawiającego** | **Cena netto:** | **VAT:** | **Cena brutto:** |
| **Pakiet podstawowych usług medycznych dla pracownika ITS** | **185** |  |  |  |
| **Medycyna pracy dla pracowników i kandydatów do pracy** | **185** |  |  |  |
| **RAZEM BRUTTO** |  |

**TABELA 3:**

**Zakres zamówienia objęty prawem opcji:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Usługa** | **Liczba pracowników Zamawiającego/ członków rodziny pracownika Zamawiającego** | **Cena netto:** | **VAT:** | **Cena brutto:** |
| **Pakiet podstawowych usług medycznych dla pracownika ITS** | **10** |  |  |  |
| **Medycyna Pracy** | **10** |  |  |  |
| **Pakiet rodzinny**  | **25** |  |  |  |
| **Pakiet dla małżonka lub partnera/dla dziecka do ukończenia 25 r.ż.** | **25** |  |  |  |
| **RAZEM BRUTTO** |  |

**Cena oferty:**

zakres zamówienia podstawowy + **zakres zamówienia objęty prawem opcji TJ. TABELA 2 + TABELA 3 =……………………………………………………………………………………………………….**

1. Oświadczamy, że w cenie zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania zamówienia;
2. Oświadczamy, że termin realizacji przedmiotu zamówienia wynosi 36 miesięcy od daty podpisania umowy;
3. Oświadczamy, że **odległość między siedzibą ITS a najbliższą placówką świadczącą usługi w zakresie medycyny pracy wynosi…………………… Odległość została** sprawdzenia na stronie internetowej <http://www.zumi.pl/trasa.html>. Adres placówki.........................................
4. Oświadczamy, że **udzielimy rabatu** na wszystkie pozostałe usługi świadczone w naszych placówkach, nieujęte w ramach pakietu Medycyna Pracy oraz pakietu podstawowych usług medycznych w wysokości**…………………..( minimum 10 %),** z zastrzeżeniem, że wysokość rabatu na usługi chirurgii stomatologicznej **wynosi 50 %.**
5. Oświadczamy, że załączyliśmy do oferty wykaz placówek medycznych w Warszawie. Oświadczamy, że **posiadamy ……………………placówek medycznych w Warszawie** spełniających kryteria z pkt 13 ) SIWZ.
6. Oświadczamy, że **wyrażamy zgodę/ nie wyrażamy** zgody na honorowanie przez lekarzy medycyny pracy zatrudnionych w naszych placówkach medycznych druków konsultacji oraz orzeczeń psychologicznych wydanych przez Pracownię Psychologii Transportu i Symulatorów Jazdy.
7. Oświadczamy, że warunki płatności są określone we wzorze umowy;
8. Oświadczamy, że uważamy się za związanych niniejszą ofertą na czas wskazany
w SIWZ.
9. W razie wybrania naszej oferty zobowiązujemy się do podpisania umowy na warunkach zawartych w dokumentacji oraz w miejscu i terminie określonym przez zamawiającego.
10. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z treścią SIWZ i nie wnosimy do niej zastrzeżeń w szczególności:
* nie wnosimy zastrzeżeń do zapisów wzoru umowy, stanowiącego Załącznik nr 2 do SIWZ.
* otrzymaliśmy konieczne informacje do przygotowania oferty,
1. Integralną część oferty stanowią następujące dokumenty:\*

 1/ .................................................................................

 2/ .................................................................................

 3/ .................................................................................

 4/ .................................................................................

 5/ .................................................................................

 6/ .................................................................................

 7/..................................................................................

 8/ .................................................................................

 9/ .................................................................................

 10/ ...............................................................................

Dokumenty wymienione w p. ......................... stanowią tajemnicę Firmy i nie mogą być ujawnione pozostałym uczestnikom postępowania.

1. Wykonawca powierzy podwykonawcom poniższe części zamówienia:

 1/ .................................................................................

2/ .................................................................................

 3/ .................................................................................

 4/ .................................................................................

..........................dnia............... Podpisano .............................................

(podpis osoby/osób, uprawnionych do reprezentowania Wykonawcy i składania oświadczeń woli w jego imieniu)

 *Uwaga:*

\* *Jeżeli dołączane są odpisy dokumentów lub ich kopie, to muszą być one poświadczone przez Wykonawcę za zgodność z oryginałem*

Załącznik nr 4 – **Oświadczenie o spełnianiu warunków dotyczących udziału w przedmiotowym postępowaniu o zakresie zgodnym z art. 22 ust. 1 ustawy Prawo zamówień publicznych.**

…………………………………

(pieczęć Wykonawcy)

## Oświadczenie o spełnianiu warunków dotyczących udziału w postępowaniu

## Przystępując do udziału w postępowaniu o zamówienie publiczne na **świadczenie kompleksowych usług medycznych dla Instytutu Transportu Samochodowego** oświadczamy, że spełniamy warunki udziału w postępowaniu dotyczące:

1. *posiadania uprawnień do wykonywania określonej* działalności lub czynności, jeżeli przepisy prawa nakładają obowiązek ich posiadania;
2. posiadania wiedzy i doświadczenia;
3. dysponowania odpowiednim potencjałem technicznym oraz osobami zdolnymi do wykonania zamówienia;
4. sytuacji ekonomicznej i finansowej,

o których mowa w art. 22 ust 1 ustawy Prawo zamówień publicznych (t. j. Dz. U. z 2015 r., poz. 2164).

...........................................dnia.......................

 Podpisano .............................................................

(podpis osoby/osób, uprawnionych do reprezentowania

Wykonawcy i składania oświadczeń woli w jego imieniu)

Załącznik nr 5 **– Oświadczenie o braku podstaw do wykluczenia z postępowania o udzielenie zamówienia z art. 24 ust. 1 ustawy Prawo zamówień publicznych**

……………………………………

(pieczęć Wykonawcy)

## Oświadczenie o braku podstaw do wykluczenia

Przystępując do udziału w postępowaniu o zamówienie publiczne na **świadczenie kompleksowych usług medycznych dla Instytutu Transportu Samochodowego,** oświadczamy, że nie podlegamy wykluczeniu w trybie art. 24 ust. 1 ustawy Prawo zamówień publicznych (t. j. Dz. U. z 2015 r., poz. 2164).

...........................................dnia.......................

 Podpisano .................................................

(podpis osoby/osób, uprawnionych do reprezentowania

Wykonawcy i składania oświadczeń woli w jego imieniu)

Załącznik nr 6 – **wzór oświadczenia o przynależności lub o braku przynależności do grupy kapitałowej na podstawie art. 24 ust. 2 pkt 5 ustawy Prawo zamówień publicznych**

…………………………………..

(pieczęć Wykonawcy)

**OŚWIADCZENIE**

**o przynależności lub braku przynależności do grupy kapitałowej, na podstawie art. 24 ust. 2 pkt 5 ustawy Prawo zamówień publicznych**

Przystępując do postępowania o udzielenie zamówienia publicznego, prowadzonego w trybie przetargu nieograniczonego na „**świadczenie kompleksowych usług medycznych dla Instytutu Transportu Samochodowego”,** oświadczam, że na dzień składania ofert reprezentowany przeze mnie Wykonawca :

n nie należy do grupy kapitałowej[[1]](#footnote-1) w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (Dz. U. Nr 50, poz. 331, z późn. zm.)

 należy do grupy kapitałowej1 w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (Dz. U. Nr 50, poz. 331, z późn. zm.), w której skład wchodzą następujące podmioty (podać nazwę i siedzibę):

……………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………..……………………

*niniejsze oświadczenie składam, pod rygorem wykluczenia z postępowania
w przypadku złożenia odrębnych ofert w tym postępowaniu przez Wykonawców należących do tej samej grupy kapitałowej, w rozumieniu ww. ustawy (chyba że zostanie wykazane, że istniejące między podmiotami powiązania w ramach grupy kapitałowej nie prowadzą do zachwiania uczciwej konkurencji pomiędzy Wykonawcami).*

...........................................dnia....................... Podpisano .................................................

(podpis osoby/osób, uprawnionych do reprezentowania Wykonawcy i składania oświadczeń woli w jego imieniu)

\* właściwe zaznaczyć znakiem X

Załącznik nr 7 – **Wykaz wykonanych usług**

…………………………………

(pieczęć Wykonawcy)

**Ja, niżej podpisany, oświadczam, że w okresie ostatnich 3 lat (a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy – w tym okresie) zrealizowałem następujące zamówienia odpowiadające rodzajem przedmiotowi zamówienia**

...........................................................................................................................................

*Nazwa i adres Wykonawcy*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot zamówienia** | **Wartość w PLN** | **Termin realizacji rozpoczęcie – zakończenie (dd/mm/rr)** | **Nazwa Zamawiającego** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**Dołączam dokumenty potwierdzające należyte wykonanie wyszczególnionych wyżej zamówień**

...........................................dnia....................... Podpisano .................................................

(podpis osoby/osób, uprawnionych do reprezentowania Wykonawcy i składania oświadczeń woli w jego imieniu)

Załącznik nr 8 - **Zobowiązanie innych podmiotów do oddania do dyspozycji Wykonawcy niezbędnych zasobów**

**ZOBOWIĄZANIE INNYCH PODMIOTÓW**

**DO ODDANIA DO DYSPOZYCJI WYKONAWCY NIEZBĘDNYCH ZASOBÓW**

Ja/My\* niżej podpisany/i\* w imieniu  ………..………………………………………..…………………………………(nazwa podmiotu trzeciego), z siedzibą w ………………………………………………………., wpisaną do rejestru pod numerem ……………………….……………(zwaną dalej Udostępniającym) w związku z postępowaniem o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonego przez ………………………………………………………………………………………………………..……… (Zamawiający) na: ……………………………………………………………………………, znak ………………………………………………………… zobowiązuję/my\* się wobec Wykonawcy, iż w przypadku zawarcia przez Wykonawcę umowy z Zamawiającym w przedmiocie zamówienia, oddać Wykonawcy do dyspozycji niezbędne zasoby na okres korzystania z nich przy wykonywaniu zamówienia, w celu jej należytego wykonania przez Wykonawcę, w szczególności zobowiązuję/my się oddać do dyspozycji Wykonawcy:

1. Wiedzę i doświadczenie niezbędne do wykonania zamówienia, poprzez udział w wykonywaniu odpowiedniej części zamówienia\*:

………………………………...................................…………………………………………………………………...

*rodzaj doświadczenia*

2. Niżej wymienione osoby, które będą uczestniczyć w wykonywaniu zamówienia\*:

……………………………………………………………………………………………………….

imię i nazwisko, funkcja

3. Zdolności finansowe\*:

…………………………………………………………………….…………………………………………………

zakres

|  |  |
| --- | --- |
| W imieniu Udostępniającego..........................................................................................*(podpis/y osoby/osób upoważnionej/ych do reprezentacji )*..........................................dnia, .................. 2015 r. | W imieniu Wykonawcy......................................................................................*(podpis/y osoby/osób upoważnionej/ych do reprezentacji)*........................................ dnia, .................. 2015r. |

\*wybrać właściwe

1. Zgodnie z art. 4 pkt. 14 ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji  i konsumentów (Dz. U. Nr 50, poz. 331, z późn. zm.) przez grupę kapitałową rozumie się wszystkich przedsiębiorców, który są kontrolowani w sposób bezpośredni lub pośredni przez jednego przedsiębiorcę, w tym również tego przedsiębiorcę. [↑](#footnote-ref-1)