**TABELA ZGODNOŚCI**

**Oferowanego przedmiotu zamówienia z wymogami Zamawiającego**

|  |  |
| --- | --- |
| Tytuł postępowania: | **Świadczenie usług medycznych z zakresu medycyny pracy oraz dodatkowej opieki medycznej.** |
| Znak sprawy:  | **ZP-2402-1/21** |
| Zamawiający:  | **Instytut Chemii Organicznej Polskiej Akademii Nauk** |
| Tryb udzielenia zamówienia: | **Tryb podstawowy bez negocjacji** na podstawie art. 275 pkt. 1 ustawy z dnia 11 września 2019 r. Prawo zamówień publicznych (tj. Dz. U. z 2021, poz. 1129 z późn. zm.) |

**DANE WYKONAWCY:**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa Wykonawcy: | ……………………………………….……………………….… |
| Adres Wykonawcy: | ……………………………………………………….……….… |
| **Osoba upoważniona do reprezentacji:**  |
| Imię i nazwisko | …………………………………………………….………….… |
| stanowisko / podstawa do reprezentacji | ………………………………………………………………..… |

**oświadczam, co następuje**:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Minimalne wymagania Zamawiającego** | **Usługi oferowane przez Wykonawcę***(Zamawiający wymaga potwierdzenia zakresu oferowanych usług)* |
|  | **Świadczenie usług medycznych z zakresu medycyny pracy, zakres minimalny:** |
|  | Świadczenie usług medycznych w zakresie medycyny pracy dla Pracowników Zamawiającego oraz kandydatów do pracy (bez ograniczeń wiekowych). |  |
|  | Wykonywanie profilaktycznych badań lekarskich: wstępnych, okresowych i kontrolnych |  |
|  | Profilaktyczna opieka zdrowotna niezbędna z uwagi na warunki pracy obejmująca badania lekarskie mające na celu orzeczenie o możliwości wykonywania dotychczasowej pracy w sytuacji zgłoszenia przez Zamawiającego lub pracownika potrzeby takiego badania poza terminami wynikającymi z częstotliwości badań okresowych, w tym profilaktyczne badanie pracownika, w przypadku pogorszenia wzroku pracownika oraz badania w razie podejrzenia choroby zawodowej u pracownika |  |
|  | Wydawanie orzeczeń lekarskich do celów określonych w Kodeksie pracy i przepisach wykonawczych, stwierdzających: brak przeciwwskazań zdrowotnych do pracy na określonym stanowisku lub przeciwskazania zdrowotne do wykonywania pracy na określonym stanowisku pracy |  |
|  | Przeprowadzanie badań pracowników, którzy w ramach wykonywanej pracy kierują pojazdami silnikowymi i nie podlegają ustawie o transporcie drogowym |  |
|  | Usługami medycznymi z zakresu medycyny pracy będą objęci, bez względu na wiek, wszyscy pracownicy Zamawiającego, jak również osoby przyjmowane do pracy |  |
|  | Wykonawca dysponuje lekarzami medycyny pracy, którzy mają znajomość języka angielskiego na poziomie umożliwiającym komunikację z pacjentem i przeprowadzenie badań profilaktycznych, z uwagi na fakt, iż wśród osób kierowanych przez Zamawiającego na badania profilaktyczne mogą występować cudzoziemcy, posługujący się językiem angielskim |  |
|  | Badania w ramach usług medycyny pracy pracowników i kandydatów, w tym ich zakres i częstotliwość, Wykonawca będzie realizował zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa |  |
|  | Głównym miejscem wykonywania usługi będzie m. st. Warszawa. Usługi realizowane w ramach pakietu medycyny pracy mogą być realizowane na terenie całej Polski w placówkach medycznych Wykonawcy lub w placówkach partnerskich, z zastrzeżeniem że głównym miejscem wykonywania usług będzie m. st. Warszawa. |  |
|  | **Świadczenie usług medycznych z zakresu dodatkowej opieki medycznej, zakres minimalny:** |
|  | Świadczenie usług medycznych w zakresie dodatkowej opieki medycznej dla Pracowników Zamawiającego: Pakiet Pracownika (bez ograniczeń wiekowych). |  |
|  | Świadczenie usług medycznych w zakresie dodatkowej opieki medycznej dla najbliższych członków rodziny Pracowników Zamawiającego (bez ograniczeń wiekowych, z zastrzeżeniem dzieci):* Pakiet Partnerski i Pakiet Rodzinny, lub
* Pakiet Członka Rodziny.
 |  |
|  | Fakultatywnie:Świadczenie usług medycznych w zakresie dodatkowej opieki medycznej dla emerytowanych Pracowników Zamawiającego: Pakiet Emeryta (bez ograniczeń wiekowych). |  |
|  | Dostępność do lekarzy: specjalisty chorób wewnętrznych (internista) oraz pediatry będzie wynosiła max. 2 dni robocze (wizyty stacjonarne lub teleporada) |  |
|  | Fakultatywnie:Wykonawca oferuje całodobowy doraźny dyżur lekarza chorób wewnętrznych (internisty), lekarza pediatry oraz lekarza ortopedy, przez cały okres trwania Umowy |  |
|  | Wykonawca zapewni materiały i środki medyczne. |  |
|  | Wykonawca zapewni realizacje skórnych testów alergicznych wykonywanych na zlecenie lekarza Wykonawcy, metodą nakłuć, a preparat do testów alergicznych nie będzie wymagał dodatkowej opłaty |  |
|  | Szczepienie przeciw grypie przy większej ilości zainteresowanych osób (np. powyżej 20), zostanie przeprowadzone w siedzibie Zamawiającego, w uzgodnieniu z Wykonawcą. W takiej sytuacji koszty usługi szczepienia przeciwko grypie, w tym dojazdu do siedziby Zamawiającego niezbędnego personelu wraz z niezbędnymi materiałami ponosi Wykonawca |  |
|  | Prowadzenie ciąży: obejmuje co najmniej comiesięczne konsultacje lekarskie ginekologa-położnika oraz zlecone przez niego niezbędne badania laboratoryjne oraz USG |  |
|  | Fakultatywnie:Wykonawca oferuje zniżki na usługi nie objęte Pakietem, przez cały okres trwania Umowy |  |
|  | Wykonawca posiada co najmniej 15 placówek własnych na terenie m. st. Warszawy |  |
|  | Wszystkie świadczenia będą dostępne w placówkach działających pod firmą Wykonawcy, zlokalizowanych w Warszawie, chyba że w ogłoszeniu określono inaczej. Zamawiający zastrzega możliwość korzystania w ramach usługi ze świadczeń w placówkach współpracujących z Wykonawcą (placówkach partnerskich).  |  |
|  | Wykonawca zapewni pracownikom Zamawiającego portal pacjenta rozumiany jako system do indywidualnego zarządzania opieką medyczną np. umawianie/odwoływanie wizyt, odbiór wyników itp. oraz portal klienta rozumiany jako system do administrowania opieką medyczną z poziomu pracodawcy np. zgłaszanie/wyrejestrowanie pracowników, zmiana pakietów itp. |  |
|  | Wykonawca będzie honorował skierowania zewnętrzne na badania diagnostyczne, zabiegi i inne usługi medyczne wystawione m.in. przez lekarza zatrudnionego przez Zamawiającego |  |
|  | Wykonawca zapewni, że dla Pracowników Zamawiającego, Osób Uprawnionych oraz emerytowanych Pracowników Zamawiającego (jeśli dotyczy), stosujących w związku z chorobą, leki przewlekle, w przypadku, gdy regulacje prawne dopuszczają takie rozwiązanie, była możliwość zamawiania recept telefonicznie lub przez portal internetowy z zastrzeżeniem, iż dotyczy to obligatoryjnie placówek własnych Wykonawcy, a dla placówek podmiotów zewnętrznych w stosunku do Wykonawcy powyższe wymaganie jest fakultatywne |  |
|  | **Rodzaje świadczeń wykonywanych w ramach Pakietów (Pracowniczy, Partnerski, Rodzinny, Członka Rodziny, Emeryta) – zakres minimalny:** |
|  | Kompleksowa opieka lekarska, w tym kompleksowe zabiegi ambulatoryjne, obejmujące: konsultacje lekarskie (w formie stacjonarnej i w formie teleporady) wykonywane bez skierowania (bez limitu) przez lekarzy co najmniej 37 specjalności(zgodnie z Załącznikiem nr 1 do SWZ, pkt. III.1. SOPZ) |  |
|  | Badania diagnostyczne: Alergologia (zgodnie z Załącznikiem nr 1 do SWZ, pkt. III.2. SOPZ) |  |
|  | Badania diagnostyczne: Chirurgia(zgodnie z Załącznikiem nr 1 do SWZ, pkt. III.3. SOPZ) |  |
|  | Badania diagnostyczne: Dermatologia(zgodnie z Załącznikiem nr 1 do SWZ, pkt. III.4. SOPZ) |  |
|  | Badania diagnostyczne: Ginekologia(zgodnie z Załącznikiem nr 1 do SWZ, pkt. III.5. SOPZ) |  |
|  | Badania diagnostyczne: Laryngologia(zgodnie z Załącznikiem nr 1 do SWZ, pkt. III.6. SOPZ) |  |
|  | Badania diagnostyczne: Okulistyka(zgodnie z Załącznikiem nr 1 do SWZ, pkt. III.7. SOPZ) |  |
|  | Badania diagnostyczne: Ortopedia(zgodnie z Załącznikiem nr 1 do SWZ, pkt. III.8. SOPZ) |  |
|  | Badania diagnostyczne: Reumatologia(zgodnie z Załącznikiem nr 1 do SWZ, pkt. III.9. SOPZ) |  |
|  | Badania diagnostyczne: Urologia (zgodnie z Załącznikiem nr 1 do SWZ, pkt. III.10. SOPZ) |  |
|  | Gabinet zabiegowy(zgodnie z Załącznikiem nr 1 do SWZ, pkt. III.11. SOPZ) |  |
|  | Pakiet badań laboratoryjnych wykonywanych bez skierowania 1 raz do roku(zgodnie z Załącznikiem nr 1 do SWZ, pkt. III.12. SOPZ) |  |
|  | Badania laboratoryjne: Hematologia i koagulologia(zgodnie z Załącznikiem nr 1 do SWZ, pkt. III.13. SOPZ) |  |
|  | Badania laboratoryjne: Biochemia(zgodnie z Załącznikiem nr 1 do SWZ, pkt. III.14. SOPZ) |  |
|  | Badania laboratoryjne: Serologia(zgodnie z Załącznikiem nr 1 do SWZ, pkt. III.15. SOPZ) |  |
|  | Badania laboratoryjne: Diagnostyka chorób tarczycy(zgodnie z Załącznikiem nr 1 do SWZ, pkt. III.16. SOPZ) |  |
|  | Badania laboratoryjne: Hormony płciowe i metaboliczne(zgodnie z Załącznikiem nr 1 do SWZ, pkt. III.17. SOPZ) |  |
|  | Badania laboratoryjne: Diagnostyka cukrzycy(zgodnie z Załącznikiem nr 1 do SWZ, pkt. III.18. SOPZ) |  |
|  | Badania laboratoryjne: Markery nowotworowe(zgodnie z Załącznikiem nr 1 do SWZ, pkt. III.19. SOPZ) |  |
|  | Badania laboratoryjne: Badania cytologiczne(zgodnie z Załącznikiem nr 1 do SWZ, pkt. III.20. SOPZ) |  |
|  | Badania laboratoryjne: Diagnostyka osteoporozy(zgodnie z Załącznikiem nr 1 do SWZ, pkt. III.21. SOPZ) |  |
|  | Badania laboratoryjne: Diagnostyka infekcji(zgodnie z Załącznikiem nr 1 do SWZ, pkt. III.22. SOPZ) |  |
|  | Badania laboratoryjne: Pozostałe hormony(zgodnie z Załącznikiem nr 1 do SWZ, pkt. III.23. SOPZ) |  |
|  | Badania laboratoryjne: Bakteriologia(zgodnie z Załącznikiem nr 1 do SWZ, pkt. III.24. SOPZ) |  |
|  | Badania laboratoryjne: Alergeny(zgodnie z Załącznikiem nr 1 do SWZ, pkt. III.25. SOPZ) |  |
|  | Badania laboratoryjne: Immunologia + autoimmunologia(zgodnie z Załącznikiem nr 1 do SWZ, pkt. III.26. SOPZ) |  |
|  | Kompleksowe badania diagnostyczne(zgodnie z Załącznikiem nr 1 do SWZ, pkt. III.27. SOPZ) |  |
|  | Gastroskopia(zgodnie z Załącznikiem nr 1 do SWZ, pkt. III.28. SOPZ) |  |
|  | Kolonoskopia(zgodnie z Załącznikiem nr 1 do SWZ, pkt. III.29. SOPZ) |  |
|  | Rektoskopia(zgodnie z Załącznikiem nr 1 do SWZ, pkt. III.30. SOPZ) |  |
|  | Sigmoidoskopia(zgodnie z Załącznikiem nr 1 do SWZ, pkt. III.31. SOPZ) |  |
|  | Histopatologia(zgodnie z Załącznikiem nr 1 do SWZ, pkt. III.32. SOPZ) |  |
|  | USG standard(zgodnie z Załącznikiem nr 1 do SWZ, pkt. III.33. SOPZ) |  |
|  | Doppler USG(zgodnie z Załącznikiem nr 1 do SWZ, pkt. III.34. SOPZ) |  |
|  | RTG kostny(zgodnie z Załącznikiem nr 1 do SWZ, pkt. III.35. SOPZ) |  |
|  | Rezonans magnetyczny (MR)(zgodnie z Załącznikiem nr 1 do SWZ, pkt. III.36. SOPZ) |  |
|  | Scyntygrafia(zgodnie z Załącznikiem nr 1 do SWZ, pkt. III.37. SOPZ) |  |
|  | Tomografia komputerowa (CT)(zgodnie z Załącznikiem nr 1 do SWZ, pkt. III.38. SOPZ) |  |
|  | Szczepienia ochronne(zgodnie z Załącznikiem nr 1 do SWZ, pkt. III.39. SOPZ) |  |

**UWAGA: Do niniejszego dokumentu należy dołączyć Szczegółowy wykaz usług oferowanego przedmiotu zamówienia.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|   |   |  |
| ……………………..…………… | ….………………..…… | …………………..……….………………………… |
| Miejscowość  | Data | Podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy |