**Załącznik nr 4 do SIWZ**

|  |  |
| --- | --- |
| Dane Wykonawcy / Wykonawców występujących wspólnie |  |
| Adres Wykonawcy: kod, miejscowość  ulica, nr lokalu |  |
| Nr telefonu: |  |
| Nr faksu: |  |
| E-mail: |  |
|  |  |
| REGON: |  |
| NIP: |  |

**Państwowy Instytut Geologiczny –**

**Państwowy Instytut Badawczy (PIG-PIB)**

**00-975 Warszawa**

**ul. Rakowiecka 4**

**O F E R T A**

Nawiązując do ogłoszenia o przetargu nieograniczonym sygn. EZ-240-15/2016 na:

|  |
| --- |
| **Grupowy program opieki zdrowotnej dla pracowników Państwowego Instytutu Geologicznego - Państwowego Instytutu Badawczego oraz członków ich rodzin** |

My niżej podpisani działając w imieniu i na rzecz:

……………………………………………………………………………………………………………

*(nazwa (firma) dokładny adres Wykonawcy/Wykonawców)*

*(w przypadku składania oferty przez wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia należy podać nazwy(firmy) i adresy wszystkich tych Wykonawców)*

1. Oferujemy wykonanie zamówienia stanowiącego przedmiot zamówienia zgodnie z wymaganiami specyfikacji istotnych warunków zamówienia za cenę jednostkową brutto:
   1. Zakres I, Pakiet Indywidualny: ……………. zł (słownie złotych: …………………………………).
   2. Zakres I, Pakiet Partnerski: ……………. zł (słownie złotych: …………………………………).
   3. Zakres I, Pakiet Rodzinny: ……………. zł (słownie złotych: …………………………………).
   4. Zakres II, Pakiet Indywidualny: ……………. zł (słownie złotych: …………………………………).
   5. Zakres II, Pakiet Partnerski: ……………. zł (słownie złotych: …………………………………).
   6. Zakres II, Pakiet Rodzinny: ……………. zł (słownie złotych: …………………………………).
   7. Zakres III, Pakiet Indywidualny: ……………. zł (słownie złotych: …………………………………).
   8. Zakres III, Pakiet Partnerski: ……………. zł (słownie złotych: …………………………………).
   9. Zakres III, Pakiet Rodzinny: ……………. zł (słownie złotych: …………………………………).
2. Powyżej podana cena dotyczy realizacji umowy zgodnie z określonym przez Zamawiającego zakresem świadczeń dla każdego z trzech zakresów:
   1. Zakres I

– w kolumnie C należy wpisać wysokość refundacji danego świadczenia (PLN). W przypadku, kiedy Wykonawca nie oferuje refundacji kosztów danego świadczenia, Zamawiający wymaga wpisania wartości słownie „zero”.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Zakres I | | | | |
| Lp. | Świadczenia wymagane przez Zamawiającego | | | Wysokość refundacji kosztów świadczeń realizowanych w placówkach innych niż wskazane przez Wykonawcę (zł) |
| A. | B. | | | C. |
| 1. | **Infolinia medyczna** | | | *XXXXX* |
| 2. | **Świadczenia z zakresu Medycyny Pracy** | | | *XXXXX* |
| 3. | **Konsultacje lekarzy specjalistów** | | | *XXXXX* |
| 3. | 1. | choroby wewnętrzne (internista i / lub lekarz medycyny rodzinnej) | | … |
| 3. | 2. | ginekologia i położnictwo | | … |
| 3. | 3. | chirurgia ogólna | | … |
| 3. | 4. | laryngologia | | … |
| 3. | 5. | okulistyka | | … |
| 3. | 6. | dermatologia | | … |
| 3. | 7. | alergologia | | … |
| 3. | 8. | ortopedia | | … |
| 3. | 9. | kardiologia | | … |
| 3. | 10. | neurologia | | … |
| 3. | 11. | urologia | | … |
| 3. | 12. | diabetologia | | … |
| 3. | 13. | endokrynologia | | … |
| 3. | 14. | gastroenterologia | | … |
| 3. | 15. | nefrologia | | … |
| 3. | 16. | onkologia | | … |
| 3. | 17. | pulmonologia | | … |
| 3. | 18. | reumatologia | | … |
| 3. | 19. | dietetyk | | … |
| 3. | 20. | neurochirurg | | … |
| 3. | 21. | chirurg klatki piersiowej | | … |
| 3. | 22. | chirurg naczyniowy | | … |
| 3. | 23. | chirurg onkolog | | … |
| 3. | 24. | lekarz chorób zakaźnych | | … |
| 3. | 25. | hematolog | | … |
| 3. | 26. | proktolog | | … |
| 3. | 27. | pediatria | | … |
| 3. | 28. | alergologia dziecięca | | … |
| 3. | 29. | chirurgia dziecięca | | … |
| 3. | 30. | ortopedia dziecięca | | … |
| 3. | 31. | neurologia dziecięca | | … |
| 4. | **Konsultacje psychologa i psychiatry** | | | … |
| 5. | **Konsultacje seksuologa i androloga** | | | … |
| 6. | **Zabiegi ambulatoryjne** | | | *XXXXX* |
| 6. | 1. | **Zabiegi ambulatoryjne chirurgiczne:** | | *XXXXX* |
| 6. | 2. | założenie i zmianę prostego opatrunku – nie wymagającego opracowania chirurgicznego, | | … |
| 6. | 3. | pobranie wymazu i posiewu, | | … |
| 6. | 4. | usunięcie szwów po zabiegach wykonywanych poza centrami własnymi Wykonawcy - klasyfikacja przypadku po ocenie lekarza | | … |
| 6. | 5. | usunięcie szwów po zabiegach wykonywanych w centrach własnych Wykonawcy, | | … |
| 6. | 6. | **Zabiegi ambulatoryjne laryngologiczne:** | | *XXXXX* |
| 6. | 7. | założenie i usunięcie przedniej tamponady nosa, | | … |
| 6. | 8. | koagulacja naczyń przegrody nosa, | | … |
| 6. | 9. | przedmuchiwanie (kateteryzacja) trąbki słuchowej, | | … |
| 6. | 10. | usunięcie ciała obcego z nosa, ucha, | | … |
| 6. | 11. | założenie/zmiana innego opatrunku laryngologicznego | | … |
| 6. | 12. | założenie/zmiana/usunięcie sączka | | … |
| 6. | 13. | płukanie ucha/nosa | | … |
| 6. | 14. | laryngoskopia pośrednia | | … |
| 6. | 15. | pobranie wymazu/posiewu | | … |
| 6. | 16. | usunięcie szwów po zabiegach laryngologicznych wykonywanych w centrach własnych Wykonawcy | | … |
| 6. | 17. | usunięcie szwów po zabiegach laryngologicznych wykonywanych poza centrami własnymi Wykonawcy - kwalifikacja przypadku po ocenie lekarza | | … |
| 6. | 18. | donosowe podanie leku obkurczającego śluzówki nosa | | … |
| 6. | 19. | **Zabiegi ambulatoryjne okulistyczne:** | | *XXXXX* |
| 6. | 20. | badanie dna oka, | | … |
| 6. | 21. | pomiar ciśnienia śródgałkowego, | | … |
| 6. | 22. | usunięcie ciała obcego z oka, | | … |
| 6. | 23. | badanie ostrości widzenia, | | … |
| 6. | 24. | iniekcja podspojówkowa, | | … |
| 6. | 25. | badanie autorefraktometrem, | | … |
| 6. | 26. | podanie leku do worka spojówkowego, | | … |
| 6. | 27. | płukanie worka spojówkowego, | | … |
| 6. | 28. | gonioskopia, | | … |
| 6. | 29. | pobranie wymazu/posiewu, | | … |
| 6. | 30. | dobór okularów/ soczewek kontaktowych, | | … |
| 6. | 31. | **Zabiegi ambulatoryjne dermatologiczne:** | | *XXXXX* |
| 6. | 32. | dermatoskopia, | | … |
| 6. | 33. | pobranie wymazu/posiewu, | | … |
| 6. | 34. | **Zabiegi ambulatoryjne ginekologiczne:** | | *XXXXX* |
| 6. | 35. | pobranie cytologii, | | … |
| 6. | 36. | **Zabiegi ambulatoryjne ortopedyczne:** | | *XXXXX* |
| 6. | 37. | iniekcje dostawowe i okołostawowe, | | … |
| 6. | 38. | założenie/zmiana/usunięcie opatrunku gipsowego, | | … |
| 6. | 39. | repozycja złamania (jeżeli standard przychodni na to pozwala), | | … |
| 6. | 40. | założenie opaski elastycznej, | | … |
| 6. | 41. | założenie/dopasowanie kortezy lub stabilizatora, | | … |
| 6. | 42. | założenie szyny Kramera (transportowej), | | … |
| 6. | 43. | założenie szyny / temblaka | | … |
| 6. | 44. | założenie / zmiana opatrunku, | | … |
| 6. | 45. | punkcja stawu – pobranie materiału do badań, | | … |
| 6. | 46. | **Zabiegi ambulatoryjne pielęgniarskie:** | | *XXXXX* |
| 6. | 47. | podanie leku doustnego, | | … |
| 6. | 48. | iniekcja podskórna, domięśniowa, dożylna, dostawowa, | | … |
| 6. | 49. | podłączenie wlewu kroplowego, | | … |
| 6. | 50. | pobranie wymazu/posiewu, | | … |
| 6. | 51. | założenie/zmiana opatrunku nie wymagającego zaopatrzenia chirurgicznego, | | … |
| 6. | 52. | **Pozostałe zabiegi ambulatoryjne:** | | *XXXXX* |
| 6. | 53. | podanie kontrastu, | | … |
| 6. | 54. | odczulanie (lek pacjenta), | | … |
| 6. | 55. | pobranie wymazu/posiewu, | | … |
| 6. | 56. | znieczulenie miejscowe, | | … |
| 6. | 57. | usunięcie kleszcza, | | … |
| 6. | 58. | pomiar ciśnienia tętniczego, | | … |
| 6. | 59. | pomiar wzrostu i wagi ciała, | | … |
| 6. | 60. | pobranie krwi, | | … |
| 7. | **Badania diagnostyczne** | | | *XXXXX* |
| 7. | 1. | **Badania hematologiczne i koaguolologiczne:** | | *XXXXX* |
| 7. | 2. | eozynofilia bezwzględna, | | … |
| 7. | 3. | leukocyty, | | … |
| 7. | 4. | OB, | | … |
| 7. | 5. | morfologia krwi obwodowej z rozmazem, | | … |
| 7. | 6. | płytki krwii, | | … |
| 7. | 7. | retikulocyty, | | … |
| 7. | 8. | czas protrombinowy, | | … |
| 7. | 9. | czas trombinowy (TT), | | … |
| 7. | 10. | czas tromboplastynowy (INR), | | … |
| 7. | 11. | D-Dimery, | | … |
| 7. | 12. | APTT, | | … |
| 7. | 13. | Fibrynogen, | | … |
| 7. | 14. | **Badania biochemiczne i hormonalne oraz markery nowotworowe:** | | *XXXXX* |
| 7. | 15. | białko c-reaktywne, | | … |
| 7. | 16. | ALAT-aminotransferaza alaninowa, | | … |
| 7. | 17. | ASPAT-aminotransferaza asparaginianowa, | | … |
| 7. | 18. | amylaza, | | … |
| 7. | 19. | albuminy, | | … |
| 7. | 20. | białko całkowite, | | … |
| 7. | 21. | bilirubina całkowita, | | … |
| 7. | 22. | bilirubina bezpośrednia, | | … |
| 7. | 23. | chlorki, | | … |
| 7. | 24. | cholesterol całkowity, | | … |
| 7. | 25. | cholesterol HDL, | | … |
| 7. | 26. | cholesterol LDL, | | … |
| 7. | 27. | kinaza kreatynowa (CPK), | | … |
| 7. | 28. | dehydrogenaza mleczanowa, | | … |
| 7. | 29. | fosfataza zasadowa, | | … |
| 7. | 30. | fosfataza kwaśna, | | … |
| 7. | 31. | fosforany, | | … |
| 7. | 32. | GGTP – gamma – glutamylotranspeptydaza, | | … |
| 7. | 33. | glukoza, | | … |
| 7. | 34. | glukoza – krzywa, | | … |
| 7. | 35. | kreatynina, | | … |
| 7. | 36. | kwas moczowy, | | … |
| 7. | 37. | lipidogram, | | … |
| 7. | 38. | magnez, | | … |
| 7. | 39. | mocznik, | | … |
| 7. | 40. | potas, | | … |
| 7. | 41. | proteinogram, | | … |
| 7. | 42. | sód, | | … |
| 7. | 43. | trójglicerydy, | | … |
| 7. | 44. | wapń, | | … |
| 7. | 45. | żelazo, | | … |
| 7. | 46. | IGE całkowite, | | … |
| 7. | 47. | IGA całkowite, | | … |
| 7. | 48. | IGG całkowite, | | … |
| 7. | 49. | IGM całkowite, | | … |
| 7. | 50. | kwas foliowy, | | … |
| 7. | 51. | witamina B12, | | … |
| 7. | 52. | TIBC – całkowita zdolność wiązania żelaza, | | … |
| 7. | 53. | żelazo-krzywa wchłaniania, | | … |
| 7. | 54. | ferrytyna, | | … |
| 7. | 55. | ceruloplazmina, | | … |
| 7. | 56. | transferyna, | | … |
| 7. | 57. | troponina, | | … |
| 7. | 58. | tyreoglobulina, | | … |
| 7. | 59. | apolipoproteina A1, | | … |
| 7. | 60. | lipaza, | | … |
| 7. | 61. | miedź, | | … |
| 7. | 62. | adrenalina (poziom we krwii), | | … |
| 7. | 63. | kortyzol, | | … |
| 7. | 64. | test z metodopramidem, | | … |
| 7. | 65. | prolaktyna, | | … |
| 7. | 66. | TSH, | | … |
| 7. | 67. | estradiol, | | … |
| 7. | 68. | FSH, | | … |
| 7. | 69. | FT3 (wolne T3), | | … |
| 7. | 70. | FT4 (wolne T4), | | … |
| 7. | 71. | beta-HCG, | | … |
| 7. | 72. | LH, | | … |
| 7. | 73. | progesteron, | | … |
| 7. | 74. | prolaktyna, | | … |
| 7. | 75. | testosteron, | | … |
| 7. | 76. | AFP, | | … |
| 7. | 77. | PSA, | | … |
| 7. | 78. | CEA, | | … |
| 7. | 79. | CA-125, | | … |
| 7. | 80. | CA-15.3, | | … |
| 7. | 81. | CA-19.9, | | … |
| 7. | 82. | hemoglobina glikolowana, | | … |
| 7. | 83. | **Badania serologiczne i diagnostyka infekcji:** | | *XXXXX* |
| 7. | 84. | Borelioza IGG | | … |
| 7. | 85. | Borelioza IGM | | … |
| 7. | 86. | Borelioza IGG metoda western – blot (test potwierdzenia) | | … |
| 7. | 87. | Borelioza IGM metoda western – blot (test potwierdzenia) | | … |
| 7. | 88. | odczyn VDRL, | | … |
| 7. | 89. | ASO, | | … |
| 7. | 90. | RF, | | … |
| 7. | 91. | Waalera – Rosego, | | … |
| 7. | 92. | CoombsaBTA, | | … |
| 7. | 93. | oznaczenie przeciwciał anty Rh, | | … |
| 7. | 94. | grupa krwi, | | … |
| 7. | 95. | badanie przeglądowe alloprzeciwciał, | | … |
| 7. | 96. | Antygen Hbs (HBs-Ag), | | … |
| 7. | 97. | ATPO, | | … |
| 7. | 98. | ATG, | | … |
| 7. | 99. | cytomegalia przeciwciała w klasie IGG/IGM, | | … |
| 7. | 100. | EBV przeciwciała w klasie IGG/IGM, | | … |
| 7. | 101. | przeciwciała anty-Hbs, | | … |
| 7. | 102. | przeciwciała anty-HCV, | | … |
| 7. | 103. | Helikobakter pyroli, | | … |
| 7. | 104. | przeciwciała HIV1/HIV2 oraz mononukleoza, | | … |
| 7. | 105. | różyczka, | | … |
| 7. | 106. | toksoplazmoza przeciwciała w klasie IGG/IGM, | | … |
| 7. | 107. | chlamydia trachomatis IGG/IGM/IGA, | | … |
| 7. | 108. | HBc przeciwciała IGM, | | … |
| 7. | 109. | **Badania moczu:** | | *XXXXX* |
| 7. | 110. | badanie ogólne + osad, | | … |
| 7. | 111. | kwas wanilinomigdałowy białko, | | … |
| 7. | 112. | fosforany, | | … |
| 7. | 113. | glukoza kreatynina, | | … |
| 7. | 114. | kwas moczowy, | | … |
| 7. | 115. | magnez, | | … |
| 7. | 116. | mocznik, | | … |
| 7. | 117. | sód, | | … |
| 7. | 118. | wapń, | | … |
| 7. | 119. | ALA, | | … |
| 7. | 120. | miedź, | | … |
| 7. | 121. | potas, | | … |
| 7. | 122. | katecholaminy noradrenalina adrenalina, | | … |
| 7. | 123. | kortyzol, | | … |
| 7. | 124. | metoksykatecholaminy, | | … |
| 7. | 125. | ołów w dobowej zbiórce moczu, | | … |
| 7. | 126. | **Badania bakteriologiczne:** | | *XXXXX* |
| 7. | 127. | posiewy i wymazy w kierunku bakterii tlenowych - posiew moczu, | | … |
| 7. | 128. | posiew kału ogólny, | | … |
| 7. | 129. | wymaz z gardła, w zależności od wskazań dodatkowo antybiogram, | | … |
| 7. | 130. | posiew i wymaz w kierunku bakterii tlenowych i beztlenowych, | | … |
| 7. | 131. | wymaz z ucha, oka, nosa, odbytu, pochwy, rany, | | … |
| 7. | 132. | posiew kału w kierunku pałeczek Salmonella i Shigella, | | … |
| 7. | 133. | czystość pochwy, | | … |
| 7. | 134. | posiew nasienia, | | … |
| 7. | 135. | posiew plwociny, | | … |
| 7. | 136. | wymaz z szyjki macicy, | | … |
| 7. | 137. | **Badania kału:** | | *XXXXX* |
| 7. | 138. | badanie ogólne w kierunku pasożytów, | | … |
| 7. | 139. | badanie na krew utajoną, | | … |
| 7. | 140. | badanie na Lamblie, | | … |
| 7. | 141. | badanie na Rota Wirus/adenowirusy, | | … |
| 7. | 142. | **Badania cytologiczne:** | | *XXXXX* |
| 7. | 143. | cytologia ginekologiczna, | | … |
| 7. | 144. | cytologia złuszczeniowa z nosa, | | … |
| 7. | 145. | **Badania mykologiczne** z posiewem, mykogram, | | … |
| 7. | 146. | **Badania toksykologiczne:** | | *XXXXX* |
| 7. | 147. | digoksyna, | | … |
| 7. | 148. | ołów, | | … |
| 7. | 149. | **Inne badania diagnostyczne:** | | *XXXXX* |
| 7. | 150. | witamina D3 metabolit 1,25(OH)2 | | … |
| 7. | 151. | witamina D3 metabolit 25 OH | | … |
| 7. | 152. | spirometria, | | … |
| 7. | 153. | audiometria tonalna, | | … |
| 7. | 154. | densytometria przesiewowa (screeningowa), | | … |
| 7. | 155. | mammografia, | | … |
| 7. | 156. | badanie uroflowmetryczne, | | … |
| 7. | 157. | biopsje cienkoigłowe - guzka, prostaty, piersi, tarczycy, węzłów chłonnych wraz z oceną histopatologiczną, | | … |
| 8. | **Diagnostyka obrazowa** | | | *XXXXX* |
| 8. | 1. | **Badania elektrokardiograficzne:** | | *XXXXX* |
| 8. | 2. | EKG spoczynkowe, | | … |
| 8. | 3. | EKG wysiłkowe, | | … |
| 8. | 4. | 24 godzinne badanie EKG (Holter EKG), | | … |
| 8. | 5. | Holter EKG ciśnieniowy, | | … |
| 8. | 6. | Holter EKG „event”, | | … |
| 8. | 7. | EEG | | … |
| 8. | 8. | **Badania rentgenowskie:** | | *XXXXX* |
| 8. | 9. | RTG czaszki, | | … |
| 8. | 10. | RTG jamy brzusznej, | | … |
| 8. | 11. | RTG klatki piersiowej – również z barytem, | | … |
| 8. | 12. | RTG kości krzyżowej i krzyżowo-ogonowej, | | … |
| 8. | 13. | RTG kości (nosa, podudzia, udowej, ramienia, przedramienia, skroniowych), | | … |
| 8. | 14. | RTG kręgosłupa (lędźwiowego, krzyżowo-biodrowego, piersiowego, szyjnego), | | … |
| 8. | 15. | RTG w kierunku skoliozy, | | … |
| 8. | 16. | RTG łopatki, | | … |
| 8. | 17. | RTG miednicy, | | … |
| 8. | 18. | RTG mostka, | | … |
| 8. | 19. | RTG żuchwy, | | … |
| 8. | 20. | RTG zatok, | | … |
| 8. | 21. | RTG żeber, | | … |
| 8. | 22. | RTG stawów, | | … |
| 8. | 23. | RTG kończyn, | | … |
| 8. | 24. | urografia, | | … |
| 8. | 25. | RTG nosogardła (trzeci migdał), | | … |
| 8. | 26. | RTG barku, | | … |
| 8. | 27. | **Badania ultrasonograficzne:** | | *XXXXX* |
| 8. | 28. | USG jamy brzusznej, | | … |
| 8. | 29. | USG miednicy mniejszej, | | … |
| 8. | 30. | USG układu moczowego, | | … |
| 8. | 31. | USG ginekologiczne przez powłoki brzusznej, | | … |
| 8. | 32. | USG ginekologiczne (ocena ciąży), | | … |
| 8. | 33. | USG piersi, | | … |
| 8. | 34. | USG tarczycy, | | … |
| 8. | 35. | USG gruczołu krokowego przez powłoki brzuszne, | | … |
| 8. | 36. | USG transwaginalne, | | … |
| 8. | 37. | USG ciąży przez powłoki brzuszne, | | … |
| 8. | 38. | USG scriningowe ginekologiczne, | | … |
| 8. | 39. | USG jąder, | | … |
| 8. | 40. | USG ślinianek, | | … |
| 8. | 41. | ECHO serca, | | … |
| 8. | 42. | USG gruczołu krokowego transrektalne, | | … |
| 8. | 43. | Doppler USG tętnic szyi, | | … |
| 8. | 44. | Doppler USG żył szyi, | | … |
| 8. | 45. | Doppler USG tętnic kończyny, | | … |
| 8. | 46. | Doppler USG żył kończyny, | | … |
| 8. | 47. | USG Doppler jamy brzusznej/ układu wrotnego, | | … |
| 8. | 48. | USG Doppler tętnic nerkowych, | | … |
| 8. | 49. | USG Doppler tętnic wewnątrzczaszkowych, | | … |
| 8. | 50. | USG stawu biodrowego, | | … |
| 8. | 51. | USG stawu kolanowego, | | … |
| 8. | 52. | USG stawu łokciowego, | | … |
| 8. | 53. | USG stawu skokowego, | | … |
| 8. | 54. | USG staw barkowy, | | … |
| 8. | 55. | USG monitorowanie biopsji, | | … |
| 8. | 56. | USG tkanek miękkich, | | … |
| 8. | 57. | USG węzłów chłonnych, | | … |
| 8. | 58. | USG krtani, | | … |
| 8. | 59. | USG nadgarstka, | | … |
| 8. | 60. | USG drobne stawy i więzadła, | | … |
| 8. | 61. | USG palca, | | … |
| 8. | 62. | USG ścięgna Achillesa, | | … |
| 8. | 63. | **Badania endoskopowe:** | | *XXXXX* |
| 8. | 64. | anoskopia, | | … |
| 8. | 65. | gastroskopia, | | … |
| 8. | 66. | rektoskopia, | | … |
| 8. | 67. | sigmoidoskopia, | | … |
| 8. | 68. | kolonoskopia - pobranie wycinków z oceną histopatologiczną w przypadku wskazań medycznych, | | … |
| 8. | 69. | **Badania okulistyczne:** | | *XXXXX* |
| 8. | 70. | pole widzenia, | | … |
| 8. | 71. | dno oka, | | … |
| 8. | 72. | adaptacja do ciemności, | | … |
| 8. | 73. | badanie ciśnienia śródgałkowego, | | … |
| 8. | 74. | badanie widzenia przestrzennego, | | … |
| 8. | 75. | **Rezonans magnetyczny:** | | *XXXXX* |
| 8. | 76. | jamy brzusznej, | | … |
| 8. | 77. | miednicy małej, | | … |
| 8. | 78. | śródpiersia, | | … |
| 8. | 79. | kręgosłupa: lędźwiowego, piersiowego, szyjnego, głowy + angio (z wyłączeniem spektroskopii), | | … |
| 8. | 80. | oczodołów, | | … |
| 8. | 81. | zatok, | | … |
| 8. | 82. | przysadki, | | … |
| 8. | 83. | stawów: barkowego, łokciowego, kolanowego, nadgarstka, skokowego, biodrowych, krzyżowo-biodrowych, stopy (z wyłączeniem badań dynamicznych), | | … |
| 8. | 84. | kończyny dolnej (udo, podudzie), | | … |
| 8. | 85. | kończyny górnej (ramię, przedramię), | | … |
| 8. | 86. | **Tomografia komputerowa:** | | *XXXXX* |
| 8. | 87. | głowy (z wyłączeniem dental CT), | | … |
| 8. | 88. | zatok, | | … |
| 8. | 89. | oczodołów, | | … |
| 8. | 90. | kości skroniowych, | | … |
| 8. | 91. | szyi, | | … |
| 8. | 92. | krtani, | | … |
| 8. | 93. | klatki piersiowej (z wyłączeniem naczyń wieńcowych i serca), | | … |
| 8. | 94. | klatki piersiowej HRCT, | | … |
| 8. | 95. | jamy brzusznej (z wyłączeniem kolonoskopii wirtualnej), | | … |
| 8. | 96. | miednicy małej, | | … |
| 8. | 97. | kręgosłupa: szyjnego, piersiowego, lędźwiowego, | | … |
| 8. | 98. | stawów: biodrowych, kolanowego, skokowego, nadgarstka, barkowego, łokciowego, | | … |
| 8. | 99. | stopy, | | … |
| 8. | 100. | CT tkanek miękkich (udo, podudzie, ramie, przedramię), | | … |
| 9. | **Prowadzenie ciąży fizjologicznej** | | | *XXXXX* |
| 9. | 1. | badanie cytologiczne, | | … |
| 9. | 2. | grupa krwi i czynnik Rh oraz przeciwciała odpornościowe dla krwinek czerwonych, | | … |
| 9. | 3. | Przeciwciała odpornościowe dla krwinek czerwonych (BTA), | | … |
| 9. | 4. | Morfologia krwi, | | … |
| 9. | 5. | Badanie ogólne moczu, | | … |
| 9. | 6. | Badanie stężenia glukozy we krwi na czczo, | | … |
| 9. | 7. | Badanie stężenia glukozy na czczo i 2 godz. po podaniu doustnym 75 g glukozy, | | … |
| 9. | 8. | VDRL, | | … |
| 9. | 9. | Antygen HBs, | | … |
| 9. | 10. | Przeciwciała anty-HBV, | | … |
| 9. | 11. | Przeciwciała anty-HCV, | | … |
| 9. | 12. | Przeciwciała anty HIV, | | … |
| 9. | 13. | Przeciwciała w kierunku różyczki (IgG, IgM), | | … |
| 9. | 14. | Przeciwciała w kierunku toksoplazmozy (IgG, IgM), | | … |
| 9. | 15. | Przeciwciała w kierunku cytomegalii (IgG, IgM), | | … |
| 9. | 16. | Test podwójny – (PAPP-A, wolna podjednostka ß-HCG), | | … |
| 9. | 17. | Test potrójny – (całkowite HCG, wolny estriol i AFP), | | … |
| 9. | 18. | Posiew w kierunku paciorkowców ß-hemolizujących z pochwy i okolicy odbytu, | | … |
| 9. | 19. | Posiew z kanału szyjki macicy, | | … |
| 9. | 20. | Badania ultrasonograficzne macicy i przydatków, | | … |
| 10. | **Świadczenia rehabilitacyjne** | | | *XXXXX* |
| 10. | 1. | kinezyterapia, | | … |
| 10. | 2. | elektroterapia, | | … |
| 10. | 3. | elektrostymulacja, | | … |
| 10. | 4. | fonoforeza, | | … |
| 10. | 5. | galwanizacja, | | … |
| 10. | 6. | jonoforeza, | | … |
| 10. | 7. | prądy diadynamiczne, | | … |
| 10. | 8. | prądy wielkiej częstotliwości (Curapuls), | | … |
| 10. | 9. | prądy niskiej i średniej częstotliwości (interferencyjne), | | … |
| 10. | 10. | prądy Tensa, | | … |
| 10. | 11. | prądy Traeberta, | | … |
| 10. | 12. | krioterapia miejscowa, | | … |
| 10. | 13. | terapia laserowa, | | … |
| 10. | 14. | terapia manualna, | | … |
| 10. | 15. | terapia ultradźwiękami | | … |
| 10. | 16. | terapia ultradźwiękami w wodzie | | … |
| 11. | **Szczepienia** | | | *XXXXX* |
| 11. | 1. | p / grypie | | … |
| 11. | 2. | p / tężcowi | | … |
| 11. | 3. | p / wirusowemu zapaleniu wątroby typu A, | | … |
| 11. | 4. | p / wirusowemu zapaleniu wątroby typu B, | | … |
| 11. | 5. | p / wirusowemu zapaleniu wątroby typu A i B, | | … |
| 11. | 6. | p / kleszczowemu zapaleniu mózgu, | | … |
| 11. | 7. | p / różyczce, | | … |
| 11. | 8. | p / śwince, | | … |
| 11. | 9. | p / odrze, | | … |
| 12. | **Stomatologia** | | | *XXXXX* |
| 12. | 1. | przegląd stomatologiczny – raz w roku, | | … |
| 12. | 2. | fluoryzacja zębów, | | … |
| 12. | 3. | usuwanie kamienia nazębnego - scaling, | | … |
| 12. | 4. | uszczelnianie bruzd, | | … |
| 12. | 5. | piaskowanie, | | … |
| 12. | 6. | rabat co najmniej 15% na usługi z zakresu stomatologii zachowawczej oraz chirurgii stomatologicznej | | *XXXXX* |
| 13. | **Testy alergiczne płatkowe / skórne / przezskórne** | | | … |
| 14. | **Rabat co najmniej 10% na pozostałe usługi świadczone przez Wykonawcę na terenie jego placówek** | | | *XXXXX* |
| 15. | **Wizyty domowe** | | | … |
| 16. | **Interwencyjny zespół wyjazdowy** | | | *XXXXX* |
| **Składka miesięczna za dany pakiet w Zakresie I** | | | **Wymagana przez Zamawiającego maksymalna wysokość składki (zł)** | **Wysokość składki, oferta Wykonawcy (zł)** |
| Pakiet Indywidualny: 80,70 zł | **…………………… zł**  Wyodrębniona z oferowanej składki miesięcznej, wysokość składki miesięcznej z tytułu świadczeń z zakresu Medycyny Pracy:  ……………………. zł |
| Pakiet Partnerski: 146,30 zł | **…………………… zł**  Wyodrębniona z oferowanej składki miesięcznej, wysokość składki miesięcznej z tytułu świadczeń z zakresu Medycyny Pracy:  ……………………. zł |
| Pakiet Rodzinny: 198,78 zł | **…………………… zł**  Wyodrębniona z oferowanej składki miesięcznej, wysokość składki miesięcznej z tytułu świadczeń z zakresu Medycyny Pracy:  ……………………. zł |

* 1. Zakres II

– w kolumnie C należy wpisać wysokość refundacji danego świadczenia (PLN). W przypadku, kiedy Wykonawca nie oferuje refundacji kosztów danego świadczenia, Zamawiający wymaga wpisania wartości słownie „zero”.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Zakres II | | | | |
| Lp. | Świadczenia wymagane przez Zamawiającego | | | Wysokość refundacji kosztów świadczeń realizowanych w placówkach innych niż wskazane przez Wykonawcę (zł) |
| A. | B. | | | C. |
| 1. | **Infolinia medyczna** | | | *XXXXX* |
| 2. | **Świadczenia z zakresu Medycyny Pracy** | | | *XXXXX* |
| 3. | **Konsultacje lekarzy specjalistów** | | | *XXXXX* |
| 3. | 1. | choroby wewnętrzne (internista i / lub lekarz medycyny rodzinnej) | | … |
| 3. | 2. | ginekologia i położnictwo | | … |
| 3. | 3. | chirurgia ogólna | | … |
| 3. | 4. | laryngologia | | … |
| 3. | 5. | okulistyka | | … |
| 3. | 6. | dermatologia | | … |
| 3. | 7. | alergologia | | … |
| 3. | 8. | ortopedia | | … |
| 3. | 9. | kardiologia | | … |
| 3. | 10. | neurologia | | … |
| 3. | 11. | urologia | | … |
| 3. | 12. | diabetologia | | … |
| 3. | 13. | endokrynologia | | … |
| 3. | 14. | gastroenterologia | | … |
| 3. | 15. | nefrologia | | … |
| 3. | 16. | onkologia | | … |
| 3. | 17. | pulmonologia | | … |
| 3. | 18. | reumatologia | | … |
| 3. | 19. | dietetyk | | … |
| 3. | 20. | neurochirurg | | … |
| 3. | 21. | chirurg klatki piersiowej | | … |
| 3. | 22. | chirurg naczyniowy | | … |
| 3. | 23. | chirurg onkolog | | … |
| 3. | 24. | lekarz chorób zakaźnych | | … |
| 3. | 25. | hematolog | | … |
| 3. | 26. | proktolog | | … |
| 3. | 27. | pediatria | | … |
| 3. | 28. | alergologia dziecięca | | … |
| 3. | 29. | chirurgia dziecięca | | … |
| 3. | 30. | ortopedia dziecięca | | … |
| 3. | 31. | neurologia dziecięca | | … |
| 4. | **Konsultacje psychologa i psychiatry** | | | … |
| 5. | **Konsultacje seksuologa i androloga** | | | … |
| 6. | **Konsultacje profesorskie** | | | … |
| 7. | **Zabiegi ambulatoryjne** | | | *XXXXX* |
| 7. | 1. | **Zabiegi ambulatoryjne chirurgiczne:** | | *XXXXX* |
| 7. | 2. | założenie i zmianę prostego opatrunku – nie wymagającego opracowania chirurgicznego, | | … |
| 7. | 3. | pobranie wymazu i posiewu, | | … |
| 7. | 4. | usunięcie szwów po zabiegach wykonywanych poza centrami własnymi Wykonawcy - klasyfikacja przypadku po ocenie lekarza | | … |
| 7. | 5. | usunięcie szwów po zabiegach wykonywanych w centrach własnych Wykonawcy, | | … |
| 7. | 6. | **Zabiegi ambulatoryjne laryngologiczne:** | | *XXXXX* |
| 7. | 7. | założenie i usunięcie przedniej tamponady nosa, | | … |
| 7. | 8. | koagulacja naczyń przegrody nosa, | | … |
| 7. | 9. | przedmuchiwanie (kateteryzacja) trąbki słuchowej, | | … |
| 7. | 10. | usunięcie ciała obcego z nosa, ucha, | | … |
| 7. | 11. | założenie/zmiana innego opatrunku laryngologicznego | | … |
| 7. | 12. | założenie/zmiana/usunięcie sączka | | … |
| 7. | 13. | płukanie ucha/nosa | | … |
| 7. | 14. | laryngoskopia pośrednia | | … |
| 7. | 15. | pobranie wymazu/posiewu | | … |
| 7. | 16. | usunięcie szwów po zabiegach laryngologicznych wykonywanych w centrach własnych Wykonawcy | | … |
| 7. | 17. | usunięcie szwów po zabiegach laryngologicznych wykonywanych poza centrami własnymi Wykonawcy - kwalifikacja przypadku po ocenie lekarza | | … |
| 7. | 18. | donosowe podanie leku obkurczającego śluzówki nosa | | … |
| 7. | 19. | **Zabiegi ambulatoryjne okulistyczne:** | | *XXXXX* |
| 7. | 20. | badanie dna oka, | | … |
| 7. | 21. | pomiar ciśnienia śródgałkowego, | | … |
| 7. | 22. | usunięcie ciała obcego z oka, | | … |
| 7. | 23. | badanie ostrości widzenia, | | … |
| 7. | 24. | iniekcja podspojówkowa, | | … |
| 7. | 25. | badanie autorefraktometrem, | | … |
| 7. | 26. | podanie leku do worka spojówkowego, | | … |
| 7. | 27. | płukanie worka spojówkowego, | | … |
| 7. | 28. | gonioskopia, | | … |
| 7. | 29. | pobranie wymazu/posiewu, | | … |
| 7. | 30. | dobór okularów/ soczewek kontaktowych, | | … |
| 7. | 31. | **Zabiegi ambulatoryjne dermatologiczne:** | | *XXXXX* |
| 7. | 32. | dermatoskopia, | | … |
| 7. | 33. | pobranie wymazu/posiewu, | | … |
| 7. | 34. | **Zabiegi ambulatoryjne ginekologiczne:** | | *XXXXX* |
| 7. | 35. | pobranie cytologii, | | … |
| 7. | 36. | **Zabiegi ambulatoryjne ortopedyczne:** | | *XXXXX* |
| 7. | 37. | iniekcje dostawowe i okołostawowe, | | … |
| 7. | 38. | założenie/zmiana/usunięcie opatrunku gipsowego, | | … |
| 7. | 39. | repozycja złamania (jeżeli standard przychodni na to pozwala), | | … |
| 7. | 40. | założenie opaski elastycznej, | | … |
| 7. | 41. | założenie/dopasowanie kortezy lub stabilizatora, | | … |
| 7. | 42. | założenie szyny Kramera (transportowej), | | … |
| 7. | 43. | założenie szyny / temblaka | | … |
| 7. | 44. | założenie / zmiana opatrunku, | | … |
| 7. | 45. | punkcja stawu – pobranie materiału do badań, | | … |
| 7. | 46. | **Zabiegi ambulatoryjne pielęgniarskie:** | | *XXXXX* |
| 7. | 47. | podanie leku doustnego, | | … |
| 7. | 48. | iniekcja podskórna, domięśniowa, dożylna, dostawowa, | | … |
| 7. | 49. | podłączenie wlewu kroplowego, | | … |
| 7. | 50. | pobranie wymazu/posiewu, | | … |
| 7. | 51. | założenie/zmiana opatrunku nie wymagającego zaopatrzenia chirurgicznego, | | … |
| 7. | 52. | **Pozostałe zabiegi ambulatoryjne:** | | *XXXXX* |
| 7. | 53. | podanie kontrastu, | | … |
| 7. | 54. | odczulanie (lek pacjenta), | | … |
| 7. | 55. | pobranie wymazu/posiewu, | | … |
| 7. | 56. | znieczulenie miejscowe, | | … |
| 7. | 57. | usunięcie kleszcza, | | … |
| 7. | 58. | pomiar ciśnienia tętniczego, | | … |
| 7. | 59. | pomiar wzrostu i wagi ciała, | | … |
| 7. | 60. | pobranie krwi, | | … |
| 8. | **Pozakonsultacyjne zabiegi ambulatoryjne** | | | *XXXXX* |
| 8. | 1. | **Zabiegi ambulatoryjne chirurgiczne:** | | *XXXXX* |
| 8. | 2. | biopsja chirurgiczna (cienkoigłowa) guzka, prostaty, piersi, tarczycy, węzła chłonnego wraz z oceną histopatologiczną, | | … |
| 8. | 3. | założenie szwów w nagłych przypadkach wymagających niezwłocznej pomocy, | | … |
| 8. | 4. | **Zabiegi ambulatoryjne laryngologiczne:** | | *XXXXX* |
| 8. | 5. | laryngologiczne zabiegi kriochirurgiczne, | | … |
| 8. | 6. | punkcja zatok, | | … |
| 8. | 7. | zabieg płukania zatok metodą Petza, | | … |
| 8. | 8. | wlewka krtaniowa, | | … |
| 8. | 9. | nastawienie nosa zamknięte, | | … |
| 8. | 10. | nacięcie krwiaków małżowiny usznej, | | … |
| 8. | 11. | nacięcie krwiaków przegrody nosa, | | … |
| 8. | 12. | obliteracja żylaków nasady języka, | | … |
| 8. | 13. | podcięcie wędzidełka języka, | | … |
| 8. | 14. | **Zabiegi ambulatoryjne dermatologiczne:** | | *XXXXX* |
| 8. | 15. | elektrokoagulacja dermatologiczna (1 punkt), | | … |
| 8. | 16. | krioterapia dermatologiczna, | | … |
| 8. | 17. | ścięcie i koagulacja włókniaków skóry, | | … |
| 8. | 18. | wyłyżeczkowanie/laserochirurgia zmiany skóry, | | … |
| 8. | 19. | lampa PUVA, | | … |
| 8. | 20. | **Zabiegi ambulatoryjne ginekologiczne:** | | *XXXXX* |
| 8. | 21. | elektrokoagulacyjne leczenie nadżerek, | | … |
| 8. | 22. | kriochirurgiczne leczenie nadżerek, | | … |
| 8. | 23. | założenie wkładki domacicznej, | | … |
| 8. | 24. | usunięcie wkładki domacicznej, | | … |
| 8. | 25. | **Zabiegi ambulatoryjne ortopedyczne:** | | *XXXXX* |
| 8. | 26. | unieruchomienie typu Dessault mały/duży, | | … |
| 8. | 27. | dobór i założenie ortezy: stawu kolanowego, stawu łokciowego, stawu skokowego, lędźwiowo- krzyżowej, nadgarstka, | | … |
| 8. | 28. | dobór i założenie kołnierza ortopedycznego, | | … |
| 8. | 29. | założenie gipsu syntetycznego: udowego, podudzia, przedramiennego, ramiennego, typu rękawiczka, | | … |
| 8. | 30. | założenie gipsu typu gorset, | | … |
| 8. | 31. | założenie longiety, | | … |
| 8. | 32. | założenie temblaka uniwersalnego, | | … |
| 8. | 33. | założenie prosto trzymacza - opatrunek ósemkowy, | | … |
| 8. | 34. | założenie szyny Stocka, | | … |
| 8. | 35. | założenie szyny na palec, | | … |
| 8. | 36. | założenie ochrony na gips - kończyna dolna, | | … |
| 8. | 37. | dobór kul łokciowych, | | … |
| 8. | 38. | **Pozostałe zabiegi ambulatoryjne:** | | *XXXXX* |
| 8. | 39. | premedykacja, | | … |
| 8. | 40. | enema, | | … |
| 8. | 41. | założenie/zmiana cewnika, | | … |
| 8. | 42. | kule łokciowe - wypożyczenie, | | … |
| 9. | **Badania diagnostyczne** | | | *XXXXX* |
| 9. | **Diagnostyka ambulatoryjna wraz ze środkami kontrastowymi - dostęp do wszystkich badań ambulatoryjnych dostępnych w Polsce** | | | … |
| 10. | **Prowadzenie ciąży fizjologicznej** | | | *XXXXX* |
| 10. | 1. | badanie cytologiczne, | | … |
| 10. | 2. | grupa krwi i czynnik Rh oraz przeciwciała odpornościowe dla krwinek czerwonych, | | … |
| 10. | 3. | Przeciwciała odpornościowe dla krwinek czerwonych (BTA), | | … |
| 10. | 4. | Morfologia krwi, | | … |
| 10. | 5. | Badanie ogólne moczu, | | … |
| 10. | 6. | Badanie stężenia glukozy we krwi na czczo, | | … |
| 10. | 7. | Badanie stężenia glukozy na czczo i 2 godz. po podaniu doustnym 75 g glukozy, | | … |
| 10. | 8. | VDRL, | | … |
| 10. | 9. | Antygen HBs, | | … |
| 10. | 10. | Przeciwciała anty-HBV, | | … |
| 10. | 11. | Przeciwciała anty-HCV, | | … |
| 10. | 12. | Przeciwciała anty HIV, | | … |
| 10. | 13. | Przeciwciała w kierunku różyczki (IgG, IgM), | | … |
| 10. | 14. | Przeciwciała w kierunku toksoplazmozy (IgG, IgM), | | … |
| 10. | 15. | Przeciwciała w kierunku cytomegalii (IgG, IgM), | | … |
| 10. | 16. | Test podwójny – (PAPP-A, wolna podjednostka ß-HCG), | | … |
| 10. | 17. | Test potrójny – (całkowite HCG, wolny estriol i AFP), | | … |
| 10. | 18. | Posiew w kierunku paciorkowców ß-hemolizujących z pochwy i okolicy odbytu, | | … |
| 10. | 19. | Posiew z kanału szyjki macicy, | | … |
| 10. | 20. | Badania ultrasonograficzne macicy i przydatków, | | … |
| 11. | **Świadczenia rehabilitacyjne** | | | *XXXXX* |
| 11. | 1. | kinezyterapia, | | … |
| 11. | 2. | elektroterapia, | | … |
| 11. | 3. | elektrostymulacja, | | … |
| 11. | 4. | fonoforeza, | | … |
| 11. | 5. | galwanizacja, | | … |
| 11. | 6. | jonoforeza, | | … |
| 11. | 7. | prądy diadynamiczne, | | … |
| 11. | 8. | prądy wielkiej częstotliwości (Curapuls), | | … |
| 11. | 9. | prądy niskiej i średniej częstotliwości (interferencyjne), | | … |
| 11. | 10. | prądy Tensa, | | … |
| 11. | 11. | prądy Traeberta, | | … |
| 11. | 12. | krioterapia miejscowa, | | … |
| 11. | 13. | terapia laserowa, | | … |
| 11. | 14. | terapia manualna, | | … |
| 11. | 15. | terapia ultradźwiękami | | … |
| 11. | 16. | terapia ultradźwiękami w wodzie | | … |
| 12. | **Szczepienia** | | | *XXXXX* |
| 12. | 1. | p / grypie | | … |
| 12. | 2. | p / tężcowi | | … |
| 12. | 3. | p / wirusowemu zapaleniu wątroby typu A, | | … |
| 12. | 4. | p / wirusowemu zapaleniu wątroby typu B, | | … |
| 12. | 5. | p / wirusowemu zapaleniu wątroby typu A i B, | | … |
| 12. | 6. | p / kleszczowemu zapaleniu mózgu, | | … |
| 12. | 7. | p / różyczce, | | … |
| 12. | 8. | p / śwince, | | … |
| 12. | 9. | p / odrze, | | … |
| 13. | **Chirurgia jednego dnia - rabat w wysokości co najmniej 20% na nastęujące świadczenia:** | | | *XXXXX* |
| 13. | 1. | nacięcie tkanki podskórnej, ropnia z drenażem w znieczuleniu miejscowym, | | … |
| 13. | 2. | operacja palca zatrzaskującego Gruczołu Bartholine'a, | | … |
| 13. | 3. | marsupializacja torbieli, | | … |
| 13. | 4. | operacja jądra, wodniaka jądra, | | … |
| 13. | 5. | operacja nosa polipectomia -jednostronna, obustronna, obustronna w znieczuleniu ogólnym, | | … |
| 13. | 6. | operacja nosa septoplastyka, | | … |
| 13. | 7. | operacja paznokcia/łożyska/wału paznokciowego - oczyszczenie, usunięcie, | | … |
| 13. | 8. | operacja prącia grzbietowo-boczne nacięcie napletka, | | … |
| 13. | 9. | operacja prącia obrzezanie w znieczuleniu miejscowym/w znieczuleniu ogólnym, | | … |
| 13. | 10. | operacja prącia wydłużenie wędzidełka prącia, | | … |
| 13. | 11. | operacja sutka ginekomastia jednostronna/obustronna w znieczuleniu ogólnym, | | … |
| 13. | 12. | operacja sutka - miejscowe wycięcie zmiany sutka w znieczuleniu miejscowym, | | … |
| 13. | 13. | operacja sutka - tumorectomia sutka w znieczuleniu miejscowym, | | … |
| 13. | 14. | operacja żylaków kończyn miniflebectomia - 1 noga w znieczuleniu miejscowym, | | … |
| 13. | 15. | operacja żylaków kończyn nastrzykniecie pajączków, | | … |
| 13. | 16. | operacja żylaków kończyn nastrzykniecie żylaków, | | … |
| 13. | 17. | plastyka sromu, | | … |
| 13. | 18. | plastyka sromu w znieczuleniu miejscowym, | | … |
| 13. | 19. | plastyka ścięgna Achillesa, | | … |
| 13. | 20. | przeszczep ścięgna kończyny górnej, | | … |
| 13. | 21. | radykalne wycięcie zmiany skóry, | | … |
| 13. | 22. | radykalne wycięcie zmiany skóry diatermia, diatermia - okolica oka, | | … |
| 13. | 23. | radykalne wycięcie zmiany skóry kaszaka, tłuszczaka, | | … |
| 13. | 24. | radykalne wycięcie zmiany skóry plastyczne, | | … |
| 13. | 25. | radykalne wycięcie zmiany skóry, usunięcie ciała obcego, | | … |
| 13. | 26. | wycięcie modzela skórnego z palca młotkowatego, | | … |
| 13. | 27. | zabiegi w obrębie szyjki macicy - konizacja, zniszczenie lub wycięcie polipa, | | … |
| 13. | 28. | zabiegi w okolicy oka - gradówka, kępki żółte, | | … |
| 14. | **Stomatologia** | | | *XXXXX* |
| 14. | 1. | przegląd stomatologiczny – dwa razy w roku, | | … |
| 14. | 2. | fluoryzacja zębów, | | … |
| 14. | 3. | usuwanie kamienia nazębnego - scaling, | | … |
| 14. | 4. | uszczelnianie bruzd, | | … |
| 14. | 5. | piaskowanie, | | … |
| 14. | 6. | rabat co najmniej 15% na usługi z zakresu stomatologii zachowawczej oraz chirurgii stomatologicznej | | *XXXXX* |
| 14. | 7. | rabat co najmniej 20% na usługi ortodontyczne, protetyczne oraz rabat co najmniej 10% na usługi z zakresu implantologii stomatologicznej | | *XXXXX* |
| 14. | 8. | konsultacje specjalistyczne: stomatolog, | | … |
| 14. | 9. | konsultacje specjalistyczne: ortodonta, | | … |
| 14. | 10. | konsultacje specjalistyczne: chirurg stomatolog, | | … |
| 14. | 11. | konsultacje specjalistyczne: periodontolog, | | … |
| 14. | 12. | konsultacje specjalistyczne: protetyk (plan leczenia), | | … |
| 14. | 13. | stomatologia zachowawcza: leczenie ubytków próchniczych, | | … |
| 14. | 14. | stomatologia zachowawcza: leczenie kanałowe zębów, | | … |
| 14. | 15. | stomatologia zachowawcza: odbudowa zębów, | | … |
| 14. | 16. | stomatologia zachowawcza: suchy zębodół, | | … |
| 14. | 17. | stomatologia zachowawcza: dewitalizacja, | | … |
| 14. | 18. | stomatologia zachowawcza: amputacja i ekstyrpacja miazgi, | | … |
| 14. | 19. | stomatologia zachowawcza: impregnacja zębiny, | | … |
| 14. | 20. | chirurgia stomatologiczna: dłutowanie, | | … |
| 14. | 21. | chirurgia stomatologiczna: ekstrakcja zęba, | | … |
| 14. | 22. | chirurgia stomatologiczna: nacięcie ropnia, | | … |
| 14. | 23. | chirurgia stomatologiczna: plastyka wędzidełka, | | … |
| 14. | 24. | chirurgia stomatologiczna: plastyka wyrostka, | | … |
| 14. | 25. | chirurgia stomatologiczna: resekcja wierzchołka korzenia, | | … |
| 14. | 26. | chirurgia stomatologiczna: wycięcie kieszonki dziąsłowej, | | … |
| 14. | 27. | chirurgia stomatologiczna: kauteryzacja brodawki dziąsłowej, | | … |
| 14. | 28. | chirurgia stomatologiczna: zaopatrzenie chirurgiczne rany, | | … |
| 14. | 29. | RTG zęba, | | … |
| 14. | 30. | pantomogram, | | … |
| 14. | 31. | znieczulenie miejscowe. | | … |
| 15. | **Usługi pielęgniarskie w domu pacjenta** | | | *XXXXX* |
| 15. | 1. | wykonanie usługi pielęgniarskiej w postaci iniekcji, | | … |
| 15. | 2. | pobranie krwi do analizy, | | … |
| 15. | 3. | zmiana opatrunku, | | … |
| 15. | 4. | założenie holtera w domu pacjenta, | | … |
| 15. | 5. | założenie/zmiana cewnika, | | … |
| 16. | **Kompleksowy profilaktyczny przegląd stanu zdrowia** | | | *XXXXX* |
| 16. | 1. | badania laboratoryjne (kał na krew utajoną ogólne badanie moczu + osad, mocznik, morfologia krwi, OB., glukoza, kreatynina, kwas moczowy, lipidogram (CHOL,HDL,LDL,TG), HCV przeciwciała, HBs Antygen, ALAT - aminotransferaza alaninowa, ASPAT - aminotransferaza asparaginianowa, TSH III generacji), | | … |
| 16. | 2. | EKG spoczynkowe | | … |
| 16. | 3. | EKG wysiłkowe, | | … |
| 16. | 4. | EKG 24 h - Holter, | | … |
| 16. | 5. | USG serca "echo serca", | | … |
| 16. | 6. | USG jamy brzusznej, | | … |
| 16. | 7. | USG piersi - kobiety do 40 roku życia, | | … |
| 16. | 8. | mammografia - kobiety po 40 roku życia, | | … |
| 16. | 9. | USG transwaginalne - kobiety, | | … |
| 16. | 10. | USG transrektalne gruczołu krokowego - mężczyźni po 40 roku życia, | | … |
| 16. | 11. | cytologia - kobiety, | | … |
| 16. | 12. | Rtg klatki piersiowej, | | … |
| 16. | 13. | konsultacja kardiologiczna, | | … |
| 16. | 14. | konsultacja ginekologiczna - kobiety, | | … |
| 16. | 15. | konsultacja urologiczna - mężczyźni po 40 roku życia, | | … |
| 16. | 16. | konsultacja okulistyczna, | | … |
| 16. | 17. | konsultacja stomatologiczna - przegląd stomatologiczny, | | … |
| 16. | 18. | końcowa konsultacja internistyczna, | | … |
| 16. | 19. | kompleksowa informacja i zaświadczenie o stanie zdrowia oraz zalecenia na przyszłość, | | … |
| 17. | **Hospitalizacja** | | | … |
| 18. | **Hospitalizacja porodowa** | | | … |
| 19. | **Indywidualny opiekun pacjenta** | | | *XXXXX* |
| 20. | **Testy alergiczne płatkowe / skórne / przezskórne** | | | … |
| 21. | **Rabat co najmniej 10% na pozostałe usługi świadczone przez Wykonawcę na terenie jego placówek** | | | *XXXXX* |
| 22. | **Wizyty domowe** | | | … |
| 23. | **Interwencyjny zespół wyjazdowy** | | | *XXXXX* |
| 24. | **Transport medyczny na terenie kraju.** | | | … |
| **Składka miesięczna za dany pakiet w Zakresie II** | | | **Wymagana przez Zamawiającego maksymalna wysokość składki (zł)** | **Wysokość składki, oferta Wykonawcy (zł)** |
| Pakiet Indywidualny: 126,10 zł | **…………………… zł**  Wyodrębniona z oferowanej składki miesięcznej, wysokość składki miesięcznej z tytułu świadczeń z zakresu Medycyny Pracy:  ……………………. zł |
| Pakiet Partnerski: 237,10 zł | **…………………… zł**  Wyodrębniona z oferowanej składki miesięcznej, wysokość składki miesięcznej z tytułu świadczeń z zakresu Medycyny Pracy:  ……………………. zł |
| Pakiet Rodzinny: 325,90 zł | **…………………… zł**  Wyodrębniona z oferowanej składki miesięcznej, wysokość składki miesięcznej z tytułu świadczeń z zakresu Medycyny Pracy:  ……………………. zł |

* 1. Zakres III

– w kolumnie C należy wpisać wysokość refundacji danego świadczenia (PLN). W przypadku, kiedy Wykonawca nie oferuje refundacji kosztów danego świadczenia, Zamawiający wymaga wpisania wartości słownie „zero”.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Zakres III | | | | |
| Lp. | Świadczenia wymagane przez Zamawiającego | | | Wysokość refundacji kosztów świadczeń realizowanych w placówkach innych niż wskazane przez Wykonawcę (zł) |
| A. | B. | | | C. |
| 1. | **Infolinia medyczna** | | | *XXXXX* |
| 2. | **Konsultacje lekarzy specjalistów** | | | *XXXXX* |
| 2. | 1. | choroby wewnętrzne (internista i / lub lekarz medycyny rodzinnej) | | … |
| 2. | 2. | ginekologia i położnictwo | | … |
| 2. | 3. | chirurgia ogólna | | … |
| 2. | 4. | laryngologia | | … |
| 2. | 5. | okulistyka | | … |
| 2. | 6. | dermatologia | | … |
| 2. | 7. | alergologia | | … |
| 2. | 8. | ortopedia | | … |
| 2. | 9. | kardiologia | | … |
| 2. | 10. | neurologia | | … |
| 2. | 11. | urologia | | … |
| 2. | 12. | diabetologia | | … |
| 2. | 13. | endokrynologia | | … |
| 2. | 14. | gastroenterologia | | … |
| 2. | 15. | nefrologia | | … |
| 2. | 16. | onkologia | | … |
| 2. | 17. | pulmonologia | | … |
| 2. | 18. | reumatologia | | … |
| 2. | 19. | dietetyk | | … |
| 2. | 20. | neurochirurg | | … |
| 2. | 21. | chirurg klatki piersiowej | | … |
| 2. | 22. | chirurg naczyniowy | | … |
| 2. | 23. | chirurg onkolog | | … |
| 2. | 24. | lekarz chorób zakaźnych | | … |
| 2. | 25. | hematolog | | … |
| 2. | 26. | proktolog | | … |
| 2. | 27. | pediatria | | … |
| 2. | 28. | alergologia dziecięca | | … |
| 2. | 29. | chirurgia dziecięca | | … |
| 2. | 30. | ortopedia dziecięca | | … |
| 2. | 31. | neurologia dziecięca | | … |
| 3. | **Konsultacje psychologa i psychiatry** | | | … |
| 4. | **Konsultacje seksuologa i androloga** | | | … |
| 5. | **Zabiegi ambulatoryjne** | | | *XXXXX* |
| 5. | 1. | **Zabiegi ambulatoryjne chirurgiczne:** | | *XXXXX* |
| 5. | 2. | założenie i zmianę prostego opatrunku – nie wymagającego opracowania chirurgicznego, | | … |
| 5. | 3. | pobranie wymazu i posiewu, | | … |
| 5. | 4. | usunięcie szwów po zabiegach wykonywanych poza centrami własnymi Wykonawcy - klasyfikacja przypadku po ocenie lekarza | | … |
| 5. | 5. | usunięcie szwów po zabiegach wykonywanych w centrach własnych Wykonawcy, | | … |
| 5. | 6. | **Zabiegi ambulatoryjne laryngologiczne:** | | *XXXXX* |
| 5. | 7. | założenie i usunięcie przedniej tamponady nosa, | | … |
| 5. | 8. | koagulacja naczyń przegrody nosa, | | … |
| 5. | 9. | przedmuchiwanie (kateteryzacja) trąbki słuchowej, | | … |
| 5. | 10. | usunięcie ciała obcego z nosa, ucha, | | … |
| 5. | 11. | założenie/zmiana innego opatrunku laryngologicznego | | … |
| 5. | 12. | założenie/zmiana/usunięcie sączka | | … |
| 5. | 13. | płukanie ucha/nosa | | … |
| 5. | 14. | laryngoskopia pośrednia | | … |
| 5. | 15. | pobranie wymazu/posiewu | | … |
| 5. | 16. | usunięcie szwów po zabiegach laryngologicznych wykonywanych w centrach własnych Wykonawcy | | … |
| 5. | 17. | usunięcie szwów po zabiegach laryngologicznych wykonywanych poza centrami własnymi Wykonawcy - kwalifikacja przypadku po ocenie lekarza | | … |
| 5. | 18. | donosowe podanie leku obkurczającego śluzówki nosa | | … |
| 5. | 19. | **Zabiegi ambulatoryjne okulistyczne:** | | *XXXXX* |
| 5. | 20. | badanie dna oka, | | … |
| 5. | 21. | pomiar ciśnienia śródgałkowego, | | … |
| 5. | 22. | usunięcie ciała obcego z oka, | | … |
| 5. | 23. | badanie ostrości widzenia, | | … |
| 5. | 24. | iniekcja podspojówkowa, | | … |
| 5. | 25. | badanie autorefraktometrem, | | … |
| 5. | 26. | podanie leku do worka spojówkowego, | | … |
| 5. | 27. | płukanie worka spojówkowego, | | … |
| 5. | 28. | gonioskopia, | | … |
| 5. | 29. | pobranie wymazu/posiewu, | | … |
| 5. | 30. | dobór okularów/ soczewek kontaktowych, | | … |
| 5. | 31. | **Zabiegi ambulatoryjne dermatologiczne:** | | *XXXXX* |
| 5. | 32. | dermatoskopia, | | … |
| 5. | 33. | pobranie wymazu/posiewu, | | … |
| 5. | 34. | **Zabiegi ambulatoryjne ginekologiczne:** | | *XXXXX* |
| 5. | 35. | pobranie cytologii, | | … |
| 5. | 36. | **Zabiegi ambulatoryjne ortopedyczne:** | | *XXXXX* |
| 5. | 37. | iniekcje dostawowe i okołostawowe, | | … |
| 5. | 38. | założenie/zmiana/usunięcie opatrunku gipsowego, | | … |
| 5. | 39. | repozycja złamania (jeżeli standard przychodni na to pozwala), | | … |
| 5. | 40. | założenie opaski elastycznej, | | … |
| 5. | 41. | założenie/dopasowanie kortezy lub stabilizatora, | | … |
| 5. | 42. | założenie szyny Kramera (transportowej), | | … |
| 5. | 43. | założenie szyny / temblaka | | … |
| 5. | 44. | założenie / zmiana opatrunku, | | … |
| 5. | 45. | punkcja stawu – pobranie materiału do badań, | | … |
| 5. | 46. | **Zabiegi ambulatoryjne pielęgniarskie:** | | *XXXXX* |
| 5. | 47. | podanie leku doustnego, | | … |
| 5. | 48. | iniekcja podskórna, domięśniowa, dożylna, dostawowa, | | … |
| 5. | 49. | podłączenie wlewu kroplowego, | | … |
| 5. | 50. | pobranie wymazu/posiewu, | | … |
| 5. | 51. | założenie/zmiana opatrunku nie wymagającego zaopatrzenia chirurgicznego, | | … |
| 5. | 52. | **Pozostałe zabiegi ambulatoryjne:** | | *XXXXX* |
| 5. | 53. | podanie kontrastu, | | … |
| 5. | 54. | odczulanie (lek pacjenta), | | … |
| 5. | 55. | pobranie wymazu/posiewu, | | … |
| 5. | 56. | znieczulenie miejscowe, | | … |
| 5. | 57. | usunięcie kleszcza, | | … |
| 5. | 58. | pomiar ciśnienia tętniczego, | | … |
| 5. | 59. | pomiar wzrostu i wagi ciała, | | … |
| 5. | 60. | pobranie krwi, | | … |
| 6. | **Badania diagnostyczne** | | | *XXXXX* |
| 6. | 1. | **Badania hematologiczne i koaguolologiczne:** | | *XXXXX* |
| 6. | 2. | eozynofilia bezwzględna, | | … |
| 6. | 3. | leukocyty, | | … |
| 6. | 4. | OB, | | … |
| 6. | 5. | morfologia krwi obwodowej z rozmazem, | | … |
| 6. | 6. | płytki krwii, | | … |
| 6. | 7. | retikulocyty, | | … |
| 6. | 8. | czas protrombinowy, | | … |
| 6. | 9. | czas trombinowy (TT), | | … |
| 6. | 10. | czas tromboplastynowy (INR), | | … |
| 6. | 11. | D-Dimery, | | … |
| 6. | 12. | APTT, | | … |
| 6. | 13. | Fibrynogen, | | … |
| 6. | 14. | **Badania biochemiczne i hormonalne oraz markery nowotworowe:** | | *XXXXX* |
| 6. | 15. | białko c-reaktywne, | | … |
| 6. | 16. | ALAT-aminotransferaza alaninowa, | | … |
| 6. | 17. | ASPAT-aminotransferaza asparaginianowa, | | … |
| 6. | 18. | amylaza, | | … |
| 6. | 19. | albuminy, | | … |
| 6. | 20. | białko całkowite, | | … |
| 6. | 21. | bilirubina całkowita, | | … |
| 6. | 22. | bilirubina bezpośrednia, | | … |
| 6. | 23. | chlorki, | | … |
| 6. | 24. | cholesterol całkowity, | | … |
| 6. | 25. | cholesterol HDL, | | … |
| 6. | 26. | cholesterol LDL, | | … |
| 6. | 27. | kinaza kreatynowa (CPK), | | … |
| 6. | 28. | dehydrogenaza mleczanowa, | | … |
| 6. | 29. | fosfataza zasadowa, | | … |
| 6. | 30. | fosfataza kwaśna, | | … |
| 6. | 31. | fosforany, | | … |
| 6. | 32. | GGTP – gamma – glutamylotranspeptydaza, | | … |
| 6. | 33. | glukoza, | | … |
| 6. | 34. | glukoza – krzywa, | | … |
| 6. | 35. | kreatynina, | | … |
| 6. | 36. | kwas moczowy, | | … |
| 6. | 37. | lipidogram, | | … |
| 6. | 38. | magnez, | | … |
| 6. | 39. | mocznik, | | … |
| 6. | 40. | potas, | | … |
| 6. | 41. | proteinogram, | | … |
| 6. | 42. | sód, | | … |
| 6. | 43. | trójglicerydy, | | … |
| 6. | 44. | wapń, | | … |
| 6. | 45. | żelazo, | | … |
| 6. | 46. | IGE całkowite, | | … |
| 6. | 47. | IGA całkowite, | | … |
| 6. | 48. | IGG całkowite, | | … |
| 6. | 49. | IGM całkowite, | | … |
| 6. | 50. | kwas foliowy, | | … |
| 6. | 51. | witamina B12, | | … |
| 6. | 52. | TIBC – całkowita zdolność wiązania żelaza, | | … |
| 6. | 53. | żelazo-krzywa wchłaniania, | | … |
| 6. | 54. | ferrytyna, | | … |
| 6. | 55. | ceruloplazmina, | | … |
| 6. | 56. | transferyna, | | … |
| 6. | 57. | troponina, | | … |
| 6. | 58. | tyreoglobulina, | | … |
| 6. | 59. | apolipoproteina A1, | | … |
| 6. | 60. | lipaza, | | … |
| 6. | 61. | miedź, | | … |
| 6. | 62. | adrenalina (poziom we krwii), | | … |
| 6. | 63. | kortyzol, | | … |
| 6. | 64. | test z metodopramidem, | | … |
| 6. | 65. | prolaktyna, | | … |
| 6. | 66. | TSH, | | … |
| 6. | 67. | estradiol, | | … |
| 6. | 68. | FSH, | | … |
| 6. | 69. | FT3 (wolne T3), | | … |
| 6. | 70. | FT4 (wolne T4), | | … |
| 6. | 71. | beta-HCG, | | … |
| 6. | 72. | LH, | | … |
| 6. | 73. | progesteron, | | … |
| 6. | 74. | prolaktyna, | | … |
| 6. | 75. | testosteron, | | … |
| 6. | 76. | AFP, | | … |
| 6. | 77. | PSA, | | … |
| 6. | 78. | CEA, | | … |
| 6. | 79. | CA-125, | | … |
| 6. | 80. | CA-15.3, | | … |
| 6. | 81. | CA-19.9, | | … |
| 6. | 82. | hemoglobina glikolowana, | | … |
| 6. | 83. | **Badania serologiczne i diagnostyka infekcji:** | | *XXXXX* |
| 6. | 84. | Borelioza IGG | | … |
| 6. | 85. | Borelioza IGM | | … |
| 6. | 86. | Borelioza IGG metoda western – blot (test potwierdzenia) | | … |
| 6. | 87. | Borelioza IGM metoda western – blot (test potwierdzenia) | | … |
| 6. | 88. | odczyn VDRL, | | … |
| 6. | 89. | ASO, | | … |
| 6. | 90. | RF, | | … |
| 6. | 91. | Waalera – Rosego, | | … |
| 6. | 92. | CoombsaBTA, | | … |
| 6. | 93. | oznaczenie przeciwciał anty Rh, | | … |
| 6. | 94. | grupa krwi, | | … |
| 6. | 95. | badanie przeglądowe alloprzeciwciał, | | … |
| 6. | 96. | Antygen Hbs (HBs-Ag), | | … |
| 6. | 97. | ATPO, | | … |
| 6. | 98. | ATG, | | … |
| 6. | 99. | cytomegalia przeciwciała w klasie IGG/IGM, | | … |
| 6. | 100. | EBV przeciwciała w klasie IGG/IGM, | | … |
| 6. | 101. | przeciwciała anty-Hbs, | | … |
| 6. | 102. | przeciwciała anty-HCV, | | … |
| 6. | 103. | Helikobakter pyroli, | | … |
| 6. | 104. | przeciwciała HIV1/HIV2 oraz mononukleoza, | | … |
| 6. | 105. | różyczka, | | … |
| 6. | 106. | toksoplazmoza przeciwciała w klasie IGG/IGM, | | … |
| 6. | 107. | chlamydia trachomatis IGG/IGM/IGA, | | … |
| 6. | 108. | HBc przeciwciała IGM, | | … |
| 6. | 109. | **Badania moczu:** | | *XXXXX* |
| 6. | 110. | badanie ogólne + osad, | | … |
| 6. | 111. | kwas wanilinomigdałowy białko, | | … |
| 6. | 112. | fosforany, | | … |
| 6. | 113. | glukoza kreatynina, | | … |
| 6. | 114. | kwas moczowy, | | … |
| 6. | 115. | magnez, | | … |
| 6. | 116. | mocznik, | | … |
| 6. | 117. | sód, | | … |
| 6. | 118. | wapń, | | … |
| 6. | 119. | ALA, | | … |
| 6. | 120. | miedź, | | … |
| 6. | 121. | potas, | | … |
| 6. | 122. | katecholaminy noradrenalina adrenalina, | | … |
| 6. | 123. | kortyzol, | | … |
| 6. | 124. | metoksykatecholaminy, | | … |
| 6. | 125. | ołów w dobowej zbiórce moczu, | | … |
| 6. | 126. | **Badania bakteriologiczne:** | | *XXXXX* |
| 6. | 127. | posiewy i wymazy w kierunku bakterii tlenowych - posiew moczu, | | … |
| 6. | 128. | posiew kału ogólny, | | … |
| 6. | 129. | wymaz z gardła, w zależności od wskazań dodatkowo antybiogram, | | … |
| 6. | 130. | posiew i wymaz w kierunku bakterii tlenowych i beztlenowych, | | … |
| 6. | 131. | wymaz z ucha, oka, nosa, odbytu, pochwy, rany, | | … |
| 6. | 132. | posiew kału w kierunku pałeczek Salmonella i Shigella, | | … |
| 6. | 133. | czystość pochwy, | | … |
| 6. | 134. | posiew nasienia, | | … |
| 6. | 135. | posiew plwociny, | | … |
| 6. | 136. | wymaz z szyjki macicy, | | … |
| 6. | 137. | **Badania kału:** | | *XXXXX* |
| 6. | 138. | badanie ogólne w kierunku pasożytów, | | … |
| 6. | 139. | badanie na krew utajoną, | | … |
| 6. | 140. | badanie na Lamblie, | | … |
| 6. | 141. | badanie na Rota Wirus/adenowirusy, | | … |
| 6. | 142. | **Badania cytologiczne:** | | *XXXXX* |
| 6. | 143. | cytologia ginekologiczna, | | … |
| 6. | 144. | cytologia złuszczeniowa z nosa, | | … |
| 6. | 145. | **Badania mykologiczne** z posiewem, mykogram, | | … |
| 6. | 146. | **Badania toksykologiczne:** | | *XXXXX* |
| 6. | 147. | digoksyna, | | … |
| 6. | 148. | ołów, | | … |
| 6. | 149. | **Inne badania diagnostyczne:** | | *XXXXX* |
| 6. | 150. | witamina D3 metabolit 1,25(OH)2 | | … |
| 6. | 151. | witamina D3 metabolit 25 OH | | … |
| 6. | 152. | spirometria, | | … |
| 6. | 153. | audiometria tonalna, | | … |
| 6. | 154. | densytometria przesiewowa (screeningowa), | | … |
| 6. | 155. | mammografia, | | … |
| 6. | 156. | badanie uroflowmetryczne, | | … |
| 6. | 157. | biopsje cienkoigłowe - guzka, prostaty, piersi, tarczycy, węzłów chłonnych wraz z oceną histopatologiczną, | | … |
| 7. | **Diagnostyka obrazowa** | | | *XXXXX* |
| 7. | 1. | **Badania elektrokardiograficzne:** | | *XXXXX* |
| 7. | 2. | EKG spoczynkowe, | | … |
| 7. | 3. | EKG wysiłkowe, | | … |
| 7. | 4. | 24 godzinne badanie EKG (Holter EKG), | | … |
| 7. | 5. | Holter EKG ciśnieniowy, | | … |
| 7. | 6. | Holter EKG „event”, | | … |
| 7. | 7. | EEG | | … |
| 7. | 8. | **Badania rentgenowskie:** | | *XXXXX* |
| 7. | 9. | RTG czaszki, | | … |
| 7. | 10. | RTG jamy brzusznej, | | … |
| 7. | 11. | RTG klatki piersiowej – również z barytem, | | … |
| 7. | 12. | RTG kości krzyżowej i krzyżowo-ogonowej, | | … |
| 7. | 13. | RTG kości (nosa, podudzia, udowej, ramienia, przedramienia, skroniowych), | | … |
| 7. | 14. | RTG kręgosłupa (lędźwiowego, krzyżowo-biodrowego, piersiowego, szyjnego), | | … |
| 7. | 15. | RTG w kierunku skoliozy, | | … |
| 7. | 16. | RTG łopatki, | | … |
| 7. | 17. | RTG miednicy, | | … |
| 7. | 18. | RTG mostka, | | … |
| 7. | 19. | RTG żuchwy, | | … |
| 7. | 20. | RTG zatok, | | … |
| 7. | 21. | RTG żeber, | | … |
| 7. | 22. | RTG stawów, | | … |
| 7. | 23. | RTG kończyn, | | … |
| 7. | 24. | urografia, | | … |
| 7. | 25. | RTG nosogardła (trzeci migdał), | | … |
| 7. | 26. | RTG barku, | | … |
| 7. | 27. | **Badania ultrasonograficzne:** | | *XXXXX* |
| 7. | 28. | USG jamy brzusznej, | | … |
| 7. | 29. | USG miednicy mniejszej, | | … |
| 7. | 30. | USG układu moczowego, | | … |
| 7. | 31. | USG ginekologiczne przez powłoki brzusznej, | | … |
| 7. | 32. | USG ginekologiczne (ocena ciąży), | | … |
| 7. | 33. | USG piersi, | | … |
| 7. | 34. | USG tarczycy, | | … |
| 7. | 35. | USG gruczołu krokowego przez powłoki brzuszne, | | … |
| 7. | 36. | USG transwaginalne, | | … |
| 7. | 37. | USG ciąży przez powłoki brzuszne, | | … |
| 7. | 38. | USG scriningowe ginekologiczne, | | … |
| 7. | 39. | USG jąder, | | … |
| 7. | 40. | USG ślinianek, | | … |
| 7. | 41. | ECHO serca, | | … |
| 7. | 42. | USG gruczołu krokowego transrektalne, | | … |
| 7. | 43. | Doppler USG tętnic szyi, | | … |
| 7. | 44. | Doppler USG żył szyi, | | … |
| 7. | 45. | Doppler USG tętnic kończyny, | | … |
| 7. | 46. | Doppler USG żył kończyny, | | … |
| 7. | 47. | USG Doppler jamy brzusznej/ układu wrotnego, | | … |
| 7. | 48. | USG Doppler tętnic nerkowych, | | … |
| 7. | 49. | USG Doppler tętnic wewnątrzczaszkowych, | | … |
| 7. | 50. | USG stawu biodrowego, | | … |
| 7. | 51. | USG stawu kolanowego, | | … |
| 7. | 52. | USG stawu łokciowego, | | … |
| 7. | 53. | USG stawu skokowego, | | … |
| 7. | 54. | USG staw barkowy, | | … |
| 7. | 55. | USG monitorowanie biopsji, | | … |
| 7. | 56. | USG tkanek miękkich, | | … |
| 7. | 57. | USG węzłów chłonnych, | | … |
| 7. | 58. | USG krtani, | | … |
| 7. | 59. | USG nadgarstka, | | … |
| 7. | 60. | USG drobne stawy i więzadła, | | … |
| 7. | 61. | USG palca, | | … |
| 7. | 62. | USG ścięgna Achillesa, | | … |
| 7. | 63. | **Badania endoskopowe:** | | *XXXXX* |
| 7. | 64. | anoskopia, | | … |
| 7. | 65. | gastroskopia, | | … |
| 7. | 66. | rektoskopia, | | … |
| 7. | 67. | sigmoidoskopia, | | … |
| 7. | 68. | kolonoskopia - pobranie wycinków z oceną histopatologiczną w przypadku wskazań medycznych, | | … |
| 7. | 69. | **Badania okulistyczne:** | | *XXXXX* |
| 7. | 70. | pole widzenia, | | … |
| 7. | 71. | dno oka, | | … |
| 7. | 72. | adaptacja do ciemności, | | … |
| 7. | 73. | badanie ciśnienia śródgałkowego, | | … |
| 7. | 74. | badanie widzenia przestrzennego, | | … |
| 7. | 75. | **Rezonans magnetyczny:** | | *XXXXX* |
| 7. | 76. | jamy brzusznej, | | … |
| 7. | 77. | miednicy małej, | | … |
| 7. | 78. | śródpiersia, | | … |
| 7. | 79. | kręgosłupa: lędźwiowego, piersiowego, szyjnego, głowy + angio (z wyłączeniem spektroskopii), | | … |
| 7. | 80. | oczodołów, | | … |
| 7. | 81. | zatok, | | … |
| 7. | 82. | przysadki, | | … |
| 7. | 83. | stawów: barkowego, łokciowego, kolanowego, nadgarstka, skokowego, biodrowych, krzyżowo-biodrowych, stopy (z wyłączeniem badań dynamicznych), | | … |
| 7. | 84. | kończyny dolnej (udo, podudzie), | | … |
| 7. | 85. | kończyny górnej (ramię, przedramię), | | … |
| 7. | 86. | **Tomografia komputerowa:** | | *XXXXX* |
| 7. | 87. | głowy (z wyłączeniem dental CT), | | … |
| 7. | 88. | zatok, | | … |
| 7. | 89. | oczodołów, | | … |
| 7. | 90. | kości skroniowych, | | … |
| 7. | 91. | szyi, | | … |
| 7. | 92. | krtani, | | … |
| 7. | 93. | klatki piersiowej (z wyłączeniem naczyń wieńcowych i serca), | | … |
| 7. | 94. | klatki piersiowej HRCT, | | … |
| 7. | 95. | jamy brzusznej (z wyłączeniem kolonoskopii wirtualnej), | | … |
| 7. | 96. | miednicy małej, | | … |
| 7. | 97. | kręgosłupa: szyjnego, piersiowego, lędźwiowego, | | … |
| 7. | 98. | stawów: biodrowych, kolanowego, skokowego, nadgarstka, barkowego, łokciowego, | | … |
| 7. | 99. | stopy, | | … |
| 7. | 100. | CT tkanek miękkich (udo, podudzie, ramie, przedramię), | | … |
| 8. | **Prowadzenie ciąży fizjologicznej** | | | *XXXXX* |
| 8. | 1. | badanie cytologiczne, | | … |
| 8. | 2. | grupa krwi i czynnik Rh oraz przeciwciała odpornościowe dla krwinek czerwonych, | | … |
| 8. | 3. | Przeciwciała odpornościowe dla krwinek czerwonych (BTA), | | … |
| 8. | 4. | Morfologia krwi, | | … |
| 8. | 5. | Badanie ogólne moczu, | | … |
| 8. | 6. | Badanie stężenia glukozy we krwi na czczo, | | … |
| 8. | 7. | Badanie stężenia glukozy na czczo i 2 godz. po podaniu doustnym 75 g glukozy, | | … |
| 8. | 8. | VDRL, | | … |
| 8. | 9. | Antygen HBs, | | … |
| 8. | 10. | Przeciwciała anty-HBV, | | … |
| 8. | 11. | Przeciwciała anty-HCV, | | … |
| 8. | 12. | Przeciwciała anty HIV, | | … |
| 8. | 13. | Przeciwciała w kierunku różyczki (IgG, IgM), | | … |
| 8. | 14. | Przeciwciała w kierunku toksoplazmozy (IgG, IgM), | | … |
| 8. | 15. | Przeciwciała w kierunku cytomegalii (IgG, IgM), | | … |
| 8. | 16. | Test podwójny – (PAPP-A, wolna podjednostka ß-HCG), | | … |
| 8. | 17. | Test potrójny – (całkowite HCG, wolny estriol i AFP), | | … |
| 8. | 18. | Posiew w kierunku paciorkowców ß-hemolizujących z pochwy i okolicy odbytu, | | … |
| 8. | 19. | Posiew z kanału szyjki macicy, | | … |
| 8. | 20. | Badania ultrasonograficzne macicy i przydatków, | | … |
| 9. | **Szczepienia** | | | *XXXXX* |
| 9. | 1. | p / grypie | | … |
| 9. | 2. | p / kleszczowemu zapaleniu mózgu | | … |
| 9. | 3. | p / tężcowi | | … |
| 10. | **Stomatologia** | | | *XXXXX* |
| 10. | 1. | przegląd stomatologiczny – raz w roku, | | … |
| 11. | **Testy alergiczne płatkowe / skórne / przezskórne** | | | … |
| 12. | **Rabat co najmniej 10% na pozostałe usługi świadczone przez Wykonawcę na terenie jego placówek** | | | *XXXXX* |
| 13. | **Wizyty domowe** | | | … |
| **Składka miesięczna za dany pakiet w Zakresie III** | | | **Wymagana przez Zamawiającego maksymalna wysokość składki (zł)** | **Wysokość składki, oferta Wykonawcy (zł)** |
| Pakiet Indywidualny: 131,20 zł | **…………………… zł** |
| Pakiet Partnerski: 262,40 zł | **…………………… zł** |
| Pakiet Rodzinny: 367,36 zł | **…………………… zł** |

1. Termin wykonania zamówienia:
   * + 1. Zgodny z SIWZ
2. Oświadczamy, że:
3. Oferujemy realizację zamówienia zgodnie ze specyfikacją istotnych warunków zamówienia, wraz   
   z jej ewentualnymi zmianami i modyfikacjami oraz, że wykonamy zamówienie na warunkach   
   i zasadach określonych w SIWZ przez Zamawiającego.
4. Oświadczamy, że wzór umowy, w tym warunki płatności, zawarte w specyfikacji istotnych warunków zamówienia zostały przez nas zaakceptowane.
5. Otrzymaliśmy konieczne informacje do przygotowania oferty. Akceptujemy wskazany w SIWZ termin związania ofertą, w razie wybrania naszej oferty zobowiązujemy się do podpisania umowy   
   na warunkach zawartych w SIWZ w miejscu i terminie wskazanym przez Zamawiającego.
6. Posiadamy Certyfikat Systemu Zarządzania Jakością zgodnie z wymogami normy ISO 9001:2000.
7. Zamówienie wykonamy samodzielnie\***/** Część zamówienia  *(określić zakres przewidywany do powierzenia podwykonawcom)* ……………………………………………………………………….- zamierzamy powierzyć podwykonawcom\*.
8. Wadium w kwocie ……….złotych (słownie: ……………….. złotych) zostało wniesione w dniu ........................... \* w formie ...............................................\*.

Wskazujemy adres lub nr konta, na które należy zwrócić wadium\*:

…………………………………………………………………………………………

*(wypełnia Wykonawca, który wniósł wadium w formie pieniądza)*

**Jesteśmy świadomi**, że jeżeli:

- odmówimy podpisania umowy na warunkach określonych w ofercie,

* zawarcie umowy stanie się niemożliwe z przyczyn leżących po stronie Wykonawcy,
* nie wniesiemy wymaganego zabezpieczenia należytego wykonania umowy,
* wystąpią okoliczności, o których mowa w art. 46 ust. 4a ustawy Pzp,

to wniesione przez nas wadium wraz z odsetkami zatrzyma Zamawiający.

Świadom (-i) odpowiedzialności karnej oświadczam (-y), że załączone do oferty dokumenty opisują stan prawny i faktyczny aktualny na dzień złożenia niniejszej oferty (art. 297 k.k.).

1. Dokumenty zawarte na stronach od .........................do ......................... zawierają **informacje stanowiące tajemnicę przedsiębiorstwa** w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji i nie mogą być ujawniane pozostałym uczestnikom postępowania (wypełnić jeśli dotyczy).

**Uwaga! W przypadku gdy Wykonawca zastrzegł, że informacje stanowiące tajemnicę przedsiębiorstwa nie mogą być udostępniane, musi wykazać w terminie nie późniejszym niż termin składania ofert, że zastrzeżone informacje stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa.**

1. Wszelką korespondencję w dotyczącą niniejszego zamówienia należy kierować na:

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko |  |
| Instytucja |  |
| Adres |  |
| Nr faks |  |
| Nr telefonu |  |
| Adres e-mail |  |

1. Na ..... kolejno ponumerowanych stronach składamy całość oferty. Załącznikami do niniejszej oferty, stanowiącymi jej integralną cześć są:
   1. ……………………………

*\*odpowiednio skreślić albo wypełnić*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwisko i imię osoby (osób) uprawnionej(ych) do reprezentowania Wykonawcy lub posiadającej (ych) pełnomocnictwo | Podpis(y) osoby(osób) uprawnionej(ych) | Miejscowość i data |
|  |  |  |  |

**Załącznik nr 5 do SIWZ**

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY**

**O SPEŁNIANIU WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**

My, niżej podpisani, działając w imieniu i na rzecz:

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

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

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

*(nazwa /firma/ i adres Wykonawcy/ wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia)*

niniejszym oświadczamy, że ubiegając się o zamówienie publiczne na

**Grupowy program opieki zdrowotnej dla pracowników Państwowego Instytutu Geologicznego - Państwowego Instytutu Badawczego oraz członków ich rodzin,** **sygn. EZ-240-15/2016**

spełniamy warunki o których mowa w art. 22 ust. 1 ustawy Prawo zamówień publicznych (t.j. Dz. U. 2015, Poz. 2164).

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwisko i imię osoby (osób) uprawnionej(ych) do reprezentowania Wykonawcy lub posiadającej (ych) pełnomocnictwo | Podpis(y) osoby(osób) uprawnionej(ych): | Miejscowość i data: |
|  |  |  |  |

**Załącznik nr 6 do SIWZ**

**OŚWIADCZENIE**

**O BRAKU PODSTAW DO WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA**

My niżej podpisani, działając w imieniu i na rzecz:

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

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

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

*(nazwa /firma/ i adres Wykonawcy)*

niniejszym oświadczamy, że ubiegając się o zamówienie publiczne na:

**Grupowy program opieki zdrowotnej dla pracowników Państwowego Instytutu Geologicznego - Państwowego Instytutu Badawczego oraz członków ich rodzin,** **sygn. EZ-240-15/2016**

nie podlegamy wykluczeniu z postępowania o udzielenie zamówienia publicznego na podstawie art. 24 ust. 1 ustawy Prawo zamówień publicznych (t.j. Dz. U. z 2015, Poz. 2164).

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwisko i imię osoby (osób) uprawnionej(ych) do reprezentowania Wykonawcy lub posiadającej (ych) pełnomocnictwo | Podpis(y) osoby(osób) uprawnionej(ych): | Miejscowość i data: |
|  |  |  |  |

**Załącznik nr 7 do SIWZ**

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

Nazwa (firma) wykonawcy albo wykonawców

ubiegających się wspólnie o udzielenie zamówienia

**WYKAZ – „DOŚWIADCZENIE”**

Składając ofertę w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego na:

**Grupowy program opieki zdrowotnej dla pracowników Państwowego Instytutu Geologicznego - Państwowego Instytutu Badawczego oraz członków ich rodzin,** **sygn. EZ-240-15/2016**

oświadczamy, że w ciągu ostatnich trzech lat, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy, w tym okresie, zrealizowaliśmy lub realizujemy następujące zamówienia zgodnie z warunkiem opisanym w pkt. 8.2. niniejszej SIWZ:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Przedmiot usługi  (w tym liczba obsługiwanych osób) | Nazwa podmiotu na rzecz którego zostały wykonane usługi | Wartość zamówienia (zł) | Okres realizacji usługi | |
| Początek (dzień, miesiąc, rok) | Koniec (dzień, miesiąc, rok) |
|  |  |  |  |  |

*Wykonawca dodaje wiersze według potrzeb.*

W załączeniu dokumenty potwierdzające, że wyżej wyszczególnione usługi zostały/są wykonane należycie

*Jeżeli wykonawca będzie polegał na doświadczeniu innych podmiotów, niezależnie od charakteru prawnego łączących go z nim stosunków, zobowiązany jest udowodnić zamawiającemu, iż będzie dysponował zasobami niezbędnymi do realizacji zamówienia. W tym celu musi w szczególności przedstawić pisemne zobowiązanie tych podmiotów do oddania mu do dyspozycji niezbędnych zasobów na okres korzystania z nich przy wykonywaniu zamówienia.*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwisko i imię osoby (osób) uprawnionej(ych) do reprezentowania wykonawcy lub posiadającej (ych) pełnomocnictwo | Podpis(y) osoby(osób) uprawnionej(ych): | Miejscowość i data: |
|  |  |  |  |

**Załącznik nr 8 do SIWZ**

**OŚWIADCZENIE**

My, niżej podpisani, działając w imieniu i na rzecz:

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

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

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

*(nazwa /firma/ i adres Wykonawcy/ Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia)*

niniejszym oświadczamy, że ubiegając się o zamówienie publiczne na:

**Grupowy program opieki zdrowotnej dla pracowników Państwowego Instytutu Geologicznego - Państwowego Instytutu Badawczego oraz członków ich rodzin**, **sygn. EZ-240-15/2016**

⁮ należymy do tej samej grupy kapitałowej, o której mowa w art. 24 ust. 2 pkt 5 z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2015 r., poz. 2164), w skład której wchodzą następujące podmioty: ………………………….

⁮ nie należymy do grupy kapitałowej\*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwisko i imię osoby (osób) uprawnionej(ych) do reprezentowania Wykonawcy lub posiadającej (ych) pełnomocnictwo | Podpis(y) osoby(osób) uprawnionej(ych): | Miejscowość i data: |
|  |  |  |  |

\* zaznaczyć odpowiednie