**INSTYTUT TECHNIKI BUDOWLANEJ**

**ul. Filtrowa 1**

**00-611 WARSZAWA**

**SPECYFIKACJA ISTOTNYCH WARUNKÓW ZAMÓWIENIA**

**NA**

**ŚWIADCZENIE USŁUG OCHRONY ZDROWIA Z ZAKRESU MEDYCYNY PRACY ORAZ INNYCH USŁUG MEDYCZNYCH DLA OBECNYCH I BYŁYCH PRACOWNIKÓW INSTYTUTU TECHNIKI BUDOWLANEJ ORAZ CZŁONKÓW ICH RODZIN W FORMIE PROGRAMU OPIEKI MEDYCZNEJ**

**TO-250-08TO/19**

**ZATWIERDZIŁ:**

**ZASTĘPCA DYREKTORA**

**ds. Organizacyjno-Administracyjnych**

**mgr Joanna Krzemińska**

Warszawa, dnia 08.03.2019 r.

**SPECYFIKACJA ISTOTNYCH WARUNKÓW ZAMÓWIENIA**

(zwana dalej SIWZ)

dla postępowania prowadzonego zgodnie z zasadami określonymi w Dziale II, Rozdziału 6, art. 138o
i nast. ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych (t.j. Dz. U. z 2017 r. poz. 1579
z późn.zm.) zwanej dalej ustawą Pzp na

ŚWIADCZENIE USŁUG OCHRONY ZDROWIA Z ZAKRESU MEDYCYNY PRACY ORAZ INNYCH USŁUG MEDYCZNYCH DLA OBECNYCH I BYŁYCH PRACOWNIKÓW INSTYTUTU TECHNIKI BUDOWLANEJ ORAZ CZŁONKÓW ICH RODZIN W FORMIE PROGRAMU OPIEKI MEDYCZNEJ –TO-250-08TO/19

1. **ZAMAWIAJĄCY**

Nazwa: **Instytut Techniki Budowlanej**

Adres centrali: Warszawa, ul. Filtrowa 1; kod pocztowy 00-611

Telefon: /+48 22/ 825 04 71, faks /+48 22/ 825 52 86.

Adres strony internetowej: [www.itb.pl](http://www.itb.pl/)

Adresy pozostałych lokalizacji:

ul. Przemysłowa 2, 26-670 Pionki

ul. Taczaka 12, 61-819 Poznań

al. W. Korfantego 191, 40-153 Katowice

ul. Ksawerów 21, 02-656 Warszawa

1. **OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA – INFORMACJE OGÓLNE**
2. Przedmiotem zamówienia jest świadczenie usług ochrony zdrowia dla pracowników oraz byłych pracowników Zamawiającego jak również członków rodzin ww. osób w formie **programu opieki medycznej** w zakresie odpowiednio jak niżej:
	1. usług medycznych z zakresu medycyny pracy dla pracowników oraz kandydatów na pracowników Zamawiającego oraz
	2. innych usług medycznych dla pracowników oraz byłych pracowników Zamawiającego, jak również członków rodzin wyżej wymienionych.

Przy czym **uczestnikiem** **programu może zostać:**

**Pracownik**: osoba zatrudniona przez Zamawiającego na podstawie umowy o pracę, powołania, mianowania

**Były pracownik**: były pracownik Zamawiającego - emeryt lub rencista objęty wcześniejszym programem opieki medycznej (tj. programem funkcjonującym u Zamawiającego na dzień przed datą rozpoczęcia świadczenia usług w ramach programu będącego rezultatem niniejszego postępowania przetargowego) lub osoba przestająca spełniać definicję pracownika po wspomnianej dacie w związku z przejściem na emeryturę lub rentę

**Członek rodziny** pracownika / byłego pracownika Zamawiającego:

- małżonek lub partner pracownika / byłego pracownika Zamawiającego

- dziecko pracownika / byłego pracownika Zamawiającego lub dziecko jego małżonka albo partnera w wieku do 18 r. ż. lub 25 r.ż. o ile wciąż się uczy

**Inna osoba** wskazana przez Zamawiającego jako przystępująca do programu opieki medycznej
w dacie rozpoczęcia świadczenia usług, a nie spełniająca definicji pracownika / byłego pracownika lub członka rodziny wyżej wymienionych o ile była objęta wcześniejszym programem opieki medycznej (tj. programem funkcjonującym u Zamawiającego na dzień przed datą rozpoczęcia świadczenia usług w ramach programu będącego przedmiotem niniejszego postępowania przetargowego)

Powyższą charakterystykę uczestników należy traktować jako definicje minimum. Wykonawca może zaproponować szersze rozumienie powyższych pojęć.

1. Usługi medyczne świadczone będą uczestnikom programu opieki medycznej w ramach **3 (trzech)** **pakietów** świadczeń medycznych (zróżnicowanych pod względem zakresu) w **placówkach** **medycznych przeznaczonych do obsługi** **programu**.
2. Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia w tym wykaz usług medycznych z zakresu medycyny pracy oraz innych usług medycznych jak również konstrukcja programu opieki medycznej oraz wymagania dotyczące placówek medycznych przeznaczonych do obsługi programu zawarte zostały w sekcji VI. „Opis przedmiotu zamówienia, szczegółowy sposób realizacji zamówienia” oraz w Załączniku nr 8. Wspomniany wykaz usług medycznych należy traktować jako wykaz minimum. Wykonawca może zaproponować szerszy zakres usług.
3. W ramach zamówienia dotyczącego usług medycznych z zakresu medycyny pracy przewiduje się przeciętne miesięczne zatrudnienie na poziomie ok. 370 osób. Dane dotyczące wieku i płci osób zatrudnionych znajdują się w Załączniku nr 9. Zamawiający oświadcza, że na dzień ogłoszenia SIWZ liczba byłych pracowników wynosi 100 osób a liczba innych osób wskazanych przez Zamawiającego jako przystępujące do programu nie będzie większa niż 37 osób. Zamawiający dodatkowo informuje, że liczba skierowań na badania z zakresu medycyny pracy wyniosła w 2018 r 191 a w roku 2019 wyniesie przewidywalnie ok. 120.
4. Korzystanie z innych usług medycznych przez pracowników oraz byłych pracowników Zamawiającego, jak również członków rodzin wyżej wymienionych osób oraz innych osób będzie odbywało się na zasadzie współpłatności na podstawie dobrowolnej deklaracji przystąpienia do programu opieki medycznej zgodnie z zasadami opisanymi w sekcji VI. „Opis przedmiotu zamówienia, szczegółowy sposób realizacji zamówienia”. Zamawiający na zasadach wewnętrznych dokona rozliczeń pomiędzy pracownikami oraz byłymi pracownikami i innymi osobami a Zamawiającym.
5. Zamawiający oświadcza, iż zakłada, że 100% pracowników będzie objętych programem w zakresie medycyny pracy oraz, że co najmniej ok. 50% pracowników zostanie objętych programem
w zakresie innych usług medycznych.
6. Wartość zamówienia nie może przekroczyć 750 000,00 euro/3 233 775,00 zł .
7. CPV Główny przedmiot: 85100000-0 – usługi ochrony zdrowia. Dodatkowe przedmioty:
	1. 85140000-2 – różne usługi w dziedzinie zdrowia
	2. 85130000-9 – usługi stomatologiczne i podobne
	3. 85120000-6 – usługi medyczne i podobne
8. **PRZEDSTAWICIEL ZAMAWIAJĄCEGO UPRAWNIONY DO KONTAKTÓW Z WYKONAWCAMI**

Osobami upoważnionymi do kontaktu z Wykonawcami są:

* Katarzyna Pogodzińska, tel. 22 57 96 319, e-mail: k.pogodzinska@itb.pl;
* Agnieszka Kurzela, tel. 22 57 96 178, e-mail: a.kurzela@itb.pl;
* Ewelina Krakowska, tel. 22 57 96 452, e-mail: e.krakowska@itb.pl.
1. **INFORMACJE PROCEDURALNE**
2. Zamawiający nie dopuszcza składania ofert częściowych.
3. Zamawiający nie dopuszcza składania ofert wariantowych.
4. Niniejsze zamówienie jest udzielane w oparciu o art. 138o ustawy PZP, co oznacza, że nie stosuje się przepisów tej ustawy, a na Zamawiającym spoczywa obowiązek udzielenia zamówienia w sposób przejrzysty, obiektywny i niedyskryminujący. Zamawiający posiłkowo będzie stosował postanowienia tej ustawy jako zespół dobrych praktyk. W szczególności zamawiający przewiduje stosowanie na zasadzie analogii przepisów art. 24, art. 26 ust. 3 i 3a, art. 87, art. 89, art. 93.
5. **WARUNKI UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU, PODSTAWY WYKLUCZENIA**
6. Wykonawcy ubiegający się o niniejsze zamówienie:

a) nie mogą podlegać wykluczeniu na podstawie przesłanek określonych w art. 24 ust. 1 i ust. 5 pkt 1 ustawy PZP;

b) muszą spełniać warunki udziału w postępowaniu, określone poniżej, dotyczące:

(i) kompetencji lub uprawnień do prowadzenia określonej działalności zawodowej, o ile wynika to z odrębnych przepisów;

Zamawiający nie precyzuje w tym zakresie żadnych dodatkowych wymagań.

(ii) sytuacji ekonomicznej i finansowej;

Zamawiający nie precyzuje w tym zakresie żadnych dodatkowych wymagań.

(iii)  posiadania wiedzy lub doświadczenia;

Wykonawca w celu potwierdzenia, że spełnia warunek dotyczący posiadania wiedzy lub doświadczenia zobowiązany jest wykazać, że w okresie ostatnich trzech lat przed upływem terminu składania ofert, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy, to w tym okresie, wykonał lub wykonuje co najmniej 4 usługi (w ramach odrębnych kontraktów) polegające na świadczeniu usług ochrony zdrowia w formie programu opieki medycznej, przy czym:

- każda z usług świadczona była lub jest przez co najmniej 12 miesięcy,

- każda z usług obejmowała usługi medyczne z zakresu medycyny pracy oraz inne usługi medyczne dla pracowników klientów instytucjonalnych,

- średnia miesięczna liczba osób objętych programem opieki medycznej w ramach każdej z usług w okresie, w którym świadczona była usługa, wynosiła co najmniej 300.

(iv) posiadania zdolności technicznej lub zawodowej;

Wykonawca w celu potwierdzenia, że spełnia warunek dotyczący posiadania zdolności technicznej lub zawodowej zobowiązany jest wykazać, że w celu bezgotówkowej realizacji usług dostępnych dla uczestników programu, będących przedmiotem niniejszego zamówienia :

- dysponuje placówkami medycznymi działającymi zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, oferującymi usługi będące przedmiotem niniejszego zamówienia na terenie całej RP w liczbie co najmniej jednego tysiąca, których aktualny wykaz dostępny jest na stronie internetowej Wykonawcy i gwarantuje ich dostępność dla uczestników programu (dalej jako: Wykaz Wszystkich Placówek);

Zamawiający uznaje, że Wykonawca dysponuje placówkami medycznymi, jeżeli Wykonawca jest właścicielem danej placówki lub ma zawartą z właścicielem placówki umowę o współpracy umożliwiającą korzystanie z usług placówki w ramach niniejszego Zamówienia.

Dodatkowo, Wykonawca w celu potwierdzenia, że spełnia warunek dotyczący posiadania zdolności technicznej lub zawodowej zobowiązany jest wykazać, że:

- co najmniej 60 placówek objętych Wykazem Wszystkich Placówek spełnia – każda z nich - następujące kryteria łącznie:

* + jest placówką wielospecjalistyczną – to znaczy oferuje specjalistyczne konsultacje lekarskie (obejmujące co najmniej konsultacje lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, ginekologa, kardiologa, okulisty, laryngologa, chirurga) oraz
	+ jest zlokalizowana na terenie jednego z województw: wielkopolskie, śląskie, mazowieckie,;

Placówki opisane powyżej należy wpisać do Wykazu 60 Placówek.

- uczestnicy programu będą mieli dostęp do:

* + co najmniej 4 placówek medycznych, których Wykonawca jest właścicielem, zlokalizowanych w promieniu 8 km od centrali Zamawiającego w Warszawie, przy założeniu, że w każdej z nich Zamawiający w ramach realizacji zamówienia będzie mógł korzystać z porad udzielanych przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej oraz podstawowych, następujących specjalistów: ginekolog, kardiolog, okulista, laryngolog, chirurg,
	+ co najmniej 2 placówek medycznych zlokalizowanych w promieniu 8 km od siedziby oddziału Zamawiającego w Katowicach, przy założeniu, że w każdej z nich Zamawiający w ramach realizacji zamówienia będzie mógł korzystać z porad udzielanych przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej oraz podstawowych, następujących specjalistów: ginekolog, kardiolog, okulista, laryngolog, chirurg,
	+ co najmniej 2 placówek medycznych zlokalizowanych w promieniu 8 km od siedziby oddziału Zamawiającego Poznaniu, przy założeniu, że w każdej z nich Zamawiający w ramach realizacji zamówienia będzie mógł korzystać z porad udzielanych przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej oraz podstawowych, następujących specjalistów: ginekolog, kardiolog, okulista, laryngolog, chirurg,
	+ co najmniej 2 placówek medycznych zlokalizowanych w promieniu 20 km od siedziby oddziału Zamawiającego w Pionkach, przy założeniu, że w każdej z nich Zamawiający w ramach realizacji zamówienia będzie mógł korzystać w zakresie porad udzielanych przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej oraz podstawowych, następujących specjalistów: ginekolog, kardiolog, okulista, laryngolog, chirurg,

Placówki opisane powyżej należy wpisać do Wykazu Wybranych Placówek.

Wykonawca jest zobowiązany utrzymać w dyspozycji co najmniej taki sam zasób placówek medycznych scharakteryzowanych powyżej i na wyżej wymienionych obszarach przez cały okres trwania umowy.

1. **OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA, SZCZEGÓŁOWY SPOSÓB REALIZACJI ZAMÓWIENIA**
2. Zamawiający wymaga, aby Wykonawca do realizacji zamówienia zagwarantował bezgotówkowy dostęp do świadczeń medycznych oferowanych przez placówki uwzględnione w Wykazie Wszystkich Placówek oraz w Wykazie Wybranych Placówek w ramach programu opieki medycznej będącego przedmiotem niniejszej SIWZ.
3. Zamawiający wymaga, aby Wykonawca do realizacji zamówienia zagwarantował:
4. bezgotówkowy dostęp do świadczeń medycznych, przysługujących uczestnikowi w ramach wybranego pakietu, oferowanych przez placówkę działającą pod nazwą: Centrum Medyczne Bonifratrów Sp. z o.o., zlokalizowaną przy ul. Sapieżyńskiej 3, 02-215 Warszawa

lub alternatywnie

1. tzw. „swobodę leczenia” czyli możliwość uzyskania zwrotu co najmniej 70% kosztów poniesionych przez uczestnika programu na realizację świadczeń medycznych, przysługujących uczestnikowi w ramach wybranego pakietu, poza placówkami przeznaczonymi do obsługi programu zgodnie z niniejszą SIWZ (w opisanej sytuacji dopuszcza się stosowanie limitów kwotowych dla dokonywanych zwrotów – nie mogą być one jednak niższe niż 500 zł na kwartał kalendarzowy)

3. Zamawiający wymaga, aby Wykonawca do realizacji zamówienia zagwarantował dostępność **terytorialną** wszystkich usług medycznych objętych zamówieniem w promieniu 30 km od każdej lokalizacji Zamawiającego (siedziba centrali oraz oddziałów w Warszawie, Katowicach, Poznaniu, Pionkach) w ciągu maksymalnie 6 tygodni od daty zgłoszenia zapotrzebowania. W przypadku niedotrzymania ww. wymagań uczestnik programu może skorzystać z opieki medycznej w zakresie zgłoszonego zapotrzebowania poza placówkami przeznaczonymi do obsługi programu zgodnie z niniejszą SIWZ, a Wykonawca zobowiązuje się do zwrotu 100% kosztów usług medycznych poniesionych przez uczestnika programu ze wskazanej powyżej przyczyny.

4. Zamawiający wymaga, aby Wykonawca do realizacji zamówienia zagwarantował dostępność **czasową** następujących usług medycznych objętych zamówieniem w promieniu 30 km od każdej lokalizacji Zamawiającego (siedziba centrali oraz oddziałów w Warszawie, Katowicach, Poznaniu, Pionkach) jak niżej:

1. konsultacja lekarza pierwszego kontaktu: maksymalnie w ciągu 24h od momentu zgłoszenia zapotrzebowania,
2. konsultacje specjalistów dostępnych w ramach umowy z zakresu ginekologii, kardiologii, okulistyki, laryngologii, chirurgii, dermatologii, neurologii: maksymalnie w ciągu 10 dni od momentu zgłoszenia zapotrzebowania,
3. badania obrazowe: RTG kostny oraz EKG spoczynkowe: maksymalnie w ciągu 24h od momentu zgłoszenia zapotrzebowania,
4. badania obrazowe: USG, rezonans magnetyczny, tomografia komputerowa: maksymalnie w ciągu 21 dni od momentu zgłoszenia zapotrzebowania.

W przypadku niedotrzymania ww. wymagań uczestnik programu może skorzystać z opieki medycznej w zakresie zgłoszonego zapotrzebowania poza placówkami przeznaczonymi do obsługi programu zgodnie z niniejszą SIWZ, a Wykonawca zobowiązuje się do zwrotu 100% kosztów usług medycznych poniesionych przez uczestnika programu ze wskazanej powyżej przyczyny.

5. Zamawiający wymaga, aby Wykonawca do realizacji zamówienia zapewnił i zagwarantował:

1. Możliwość korzystania przez uczestnika programu ze wszystkich świadczeń przysługujących danemu uczestnikowi zgodnie z przysługującym mu pakietem świadczeń medycznych, na podstawie poprawnie dokonanego zgłoszenia danego uczestnika do programu przez Zamawiającego, od dnia jego przystąpienia do programu opieki medycznej do dnia wyrejestrowania danego uczestnika z programu przez Zamawiającego. Powyższe oznacza również, że świadczenia przysługujące w ramach danego pakietu będą dostępne dla uczestnika programu niezależnie od tego czy jest to osoba dorosła czy dziecko
2. Objęcie programem opieki medycznej wszystkich osób wskazanych przez Zamawiającego jako przystępujący do programu opieki medycznej w dacie jego uruchomienia tj. w dacie rozpoczęcia świadczenia usług określonej w umowie bez względu na wiek. Limit wiekowy dla osób przystępujących po dacie uruchomienia programu zostaje ograniczony do 70 r.ż.,
3. Objęcie programem opieki medycznej wszystkich osób wskazanych przez Zamawiającego jako przystępujące do programu opieki medycznej w dacie jego uruchomienia określonej w umowie, w tym także osób nie spełniających definicji pracownika / byłego pracownika / członka rodziny wyżej wymienionych ale wyłącznie na zasadzie kontynuacji wcześniejszego programu opieki medycznej (tj. funkcjonującego u Zamawiającego na dzień przed datą rozpoczęcia świadczenia usług w ramach programu będącego przedmiotem niniejszego postępowania przetargowego). Osoby takie (nie spełniające wspomnianych wyżej definicji) będą miały prawo uczestnictwa w programie na zasadzie indywidualnej bez możliwości zgłaszania członków swoich rodzin. Zamawiający oświadcza, że będzie odprowadzał za nie należne opłaty na zasadach identycznych jak w przypadku byłych pracowników.
4. Brak jakichkolwiek innych warunków niezbędnych do spełnienia w celu przystąpienia do programu,
5. Uruchomienie 3 (trzech) pakietów świadczeń medycznych:
	* + - 1. Pakiet podstawowy – obejmujący wyłącznie medycynę pracy,
				2. Pakiet rozszerzony – obejmujący medycynę pracy oraz rozszerzone świadczenia medyczne,
				3. Pakiet kompleksowy – obejmujący medycynę pracy oraz kompleksowe świadczenia medyczne,

Przy czym:

Pakiet podstawowy występuje jedynie w opcji indywidualnej dla pracownika.

Pakiety rozszerzony oraz kompleksowy mogą mieć charakter indywidualny (objęty jest tylko pracownik / były pracownik / inna osoba) lub partnerski (objęty jest pracownik / były pracownik i jeden członek jego rodziny) lub rodzinny (objęty jest pracownik / były pracownik i wszyscy członkowie jego rodziny) na podstawie decyzji pracownika / byłego pracownika o dokonywaniu stosownych dopłat. Szczegółowy wykaz świadczeń medycznych wchodzących w zakres poszczególnych rodzajów pakietów znajduje się w Załączniku nr 8 do SIWZ.

1. Możliwość:
2. dowolnego wyboru pakietu świadczeń medycznych przez pracownika zgłaszanego do programu w wybranej przez niego opcji (indywidualnej, partnerskiej lub rodzinnej) - w przypadku braku dokonania wyboru pracownik zostaje automatycznie przypisany do pakietu podstawowego,
3. dowolnego wyboru pakietu świadczeń medycznych przez byłego pracownika zgłaszanego do programu w wybranej przez niego opcji
4. dowolnego wyboru pakietu świadczeń medycznych przez inne osoby zgłaszane do programu (nie spełniające definicji pracownika / byłego pracownika / członka rodziny wyżej wymienionych) na zasadzie kontynuacji wcześniejszego programu opieki medycznej wyłącznie w opcji indywidualnej,
5. rozszerzenia zakresu opieki medycznej (zmiany dotychczasowego pakietu świadczeń medycznych na pakiet zawierający większą liczbę usług) w dowolnym momencie,
6. zawężenia zakresu opieki medycznej (zmiany dotychczasowego pakietu świadczeń medycznych na pakiet zawierający mniejszą liczbę usług) najwcześniej po 6 miesiącach od daty ostatniej zmiany pakietu,
7. zgłoszenia członka / członków rodziny przez pracownika do posiadanego pakietu w dowolnym momencie w ramach odpowiednio opcji partnerskiej lub rodzinnej,
8. usunięcia z programu pracownika, byłego pracownika oraz innych osób nie spełniających definicji pracownika / byłego pracownika w dowolnym momencie; zgłoszeni do programu członkowie rodzin wyżej wymienionych usuwani są wówczas automatycznie,
9. usunięcia członka rodziny przy zachowaniu pakietu świadczeń medycznych przez pracownika / byłego pracownika najwcześniej po 6 miesiącach od daty uwzględnienia członka rodziny w programie (za wyjątkiem sytuacji losowych – takich jak np. śmierć),
10. Brak limitów na usługi medyczne dostępne w ramach programu opieki medycznej, chyba, że wskazano inaczej w opisie przedmiotu zamówienia,
11. Brak sankcji wobec osoby objętej programem opieki medycznej za brak stawiennictwa na umówioną wcześniej usługę medyczną (konsultację lub badania),
12. Bezpłatne materiały medyczne i środki kontrastowe lub preparaty medyczne niezbędne do wykonania badań diagnostycznych dostępnych w ramach programu opieki medycznej,
13. Pełną medycynę pracy w ramach programu opieki medycznej – zgodnie z narażeniami występującymi u Zamawiającego (Załącznik nr 10),
14. Swobodę wyboru placówki medycznej przez osobę objętą programem opieki medycznej spośród placówek medycznych przeznaczonych do obsługi programu zgodnie z niniejszą SIWZ,
15. Honorowanie skierowań na konsultacje specjalistów i badania diagnostyczne (laboratoryjne, obrazowe i czynnościowe) wystawionych przez lekarzy specjalistów medycyny pracy zatrudnionych na podstawie umowy o pracę przez Instytut Techniki Budowlanej (ITB zatrudnia 3 lekarzy specjalistów medycyny pracy na 1/2 etatu każdy).

6. Zamawiający wymaga, aby Wykonawca do realizacji zamówienia zapewnił i zagwarantował, aby placówki świadczące usługi z zakresu konsultacji lekarskich, których jest właścicielem były objęte wspólnym jednolitym system informatycznym, dzięki któremu osoba objęta programem opieki medycznej:

a) będzie mogła zamówić wizytę lekarską w dowolnej z nich u dowolnego specjalisty bez skierowania osobiście, telefonicznie lub on-line oraz

b) będzie miała dostęp do swoich wyników i opisów badań laboratoryjnych i diagnostycznych on-line.

Ponadto, system ma umożliwiać lekarzowi prowadzącemu dostęp do historii chorób pacjenta, wykazu wszystkich konsultacji lekarskich, wykazu stosowanych lekarstw, wyników badań laboratoryjnych i diagnostycznych oraz innych informacji o pacjencie niezbędnych do prowadzenia leczenia pacjenta. Zamawiający wymaga, aby Wykonawca do realizacji zamówienia zapewnił całodobową infolinię medyczną umożliwiającą uzyskanie telefonicznej porady medycznej lub wskazówek co do odpowiednich kroków koniecznych do podjęcia w sytuacji nagłego zachorowania lub wypadku.

7. Zamawiający wymaga, aby usługi medyczne nie objęte pakietem przysługującym danemu uczestnikowi programu, a dostępne w placówkach, których Wykonawca jest właścicielem, były dostępne dla uczestnika programu odpłatnie z uwzględnieniem zniżki w wysokości co najmniej 10% od cen obowiązujących w danej placówce.

1. **TERMIN WYKONANIA ZAMÓWIENIA**
2. Zamawiający wymaga, aby Wykonawca wykonywał przedmiot zamówienia w terminie jego obowiązywania, tj. 24 miesięcy od daty rozpoczęcia świadczenia usług medycznych.
3. Rozpoczęcie świadczenia usług medycznych nastąpi z dniem wskazanym przez Zamawiającego przypadającym w okresie trzech miesięcy od daty wyłonienia Wykonawcy.
4. Okres wykonywania przedmiotu zamówienia może zostać wydłużony o okres nie dłuższy niż 12 miesięcy przy zachowaniu zasad świadczenia usługi określonych niniejszą SIWZ oraz wysokości wynagrodzenia z zastrzeżeniem ust. 4.
5. W przypadku gdy Zamawiający będzie zainteresowany przedłużeniem okresu wykonania przedmiotu zamówienia na kolejne 12 miesięcy, ceny poszczególnych pakietów mogą zostać zwaloryzowane na okres kolejnych 12 miesięcy. Ceny mogą ulec zmianie o wartość średniorocznego wskaźnika cen i towarów usług konsumpcyjnych ogółem ogłoszonego przez Główny Urząd Statystyczny. Zastosowanie będzie miał ostatni wskaźnik ogłoszony przez GUS w okresie pierwszych 18 miesięcy realizacji zamówienia. Propozycję waloryzacji cen Wykonawca przedstawi zamawiającemu nie później niż 6 miesięcy przed końcem 24 miesięcznego okresu wykonania zamówienia.
6. **TERMIN ZWIĄZANIA OFERTĄ**

1. Wykonawca pozostaje związany złożoną ofertą przez 60 dni. Termin związania ofertą, rozpoczyna bieg wraz z upływem terminu składania ofert i liczony jest łącznie z tym dniem.

1. **OPIS SPOSOBU OBLICZENIA CENY**

1. Wykonawca poda w Formularzu Ofertowym oferowane, jednostkowe ceny brutto (VAT zwolniony\*) dla poszczególnych pakietów świadczeń medycznych dla jednej osoby (pracownika lub byłego pracownika) oraz wysokość dopłat za rozszerzenie danego pakietu na

a) jednego członka rodziny

b) wszystkich członków rodziny.

Podane ceny oraz wysokości dopłat będą miesięcznymi kwotami ryczałtowymi, wyrażonymi w PLN (polskich złotych) i muszą uwzględniać wszystkie wymagania niniejszej SIWZ oraz obejmować wszelkie koszty, jakie poniesie Wykonawca z tytułu należytej oraz zgodnej z obowiązującymi przepisami oraz wymaganiami SIWZ, realizacji przedmiotu zamówienia. Oferowane ceny poszczególnych pakietów będą stałe podczas 24-miesiecznego okresu obowiązywania umowy.

\* zwolniony, na podstawie art. 113 ust. 1 lub 9 ustawy z dnia 11 marca 2004r. o podatku od towarów i usług (Dz. U. z 2016r. poz. 710)

2. Cenę, która nie jest wartością całkowitą należy podać z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku (zaokrąglenie do pełnego grosza).

3. Wysokość dopłat za rozszerzenie danego pakietu świadczeń medycznych na:

a) jednego członka rodziny - nie może być wyższa niż 100% ceny za jedną osobę (odpowiednio pracownika lub byłego pracownika)

b) wszystkich członków rodziny - nie może być wyższa niż 200% ceny za jedną osobę (odpowiednio pracownika lub byłego pracownika)

4. Ceny poszczególnych pakietów świadczeń medycznych w opcji indywidualnej dla osoby będącej byłym pracownikiem nie mogą przekroczyć poziomu 140 % ceny odpowiedniego pakietu świadczeń medycznych w opcji indywidualnej dla osoby będącej pracownikiem Zamawiającego.

5. Cena pakietu świadczeń medycznych dla innej osoby (nie spełniającej definicji pracownika / byłego pracownika / członka rodziny wyżej wymienionych) będzie równa cenie pakietu indywidualnego dla byłego pracownika.

1. **SPOSÓB OCENY OFERT I WYBORU OFERTY NAJKORZYSTNIEJSZEJ**

1. Zamawiający oceni i porówna jedynie te oferty, które zostały złożone przez Wykonawców nie wykluczonych z postępowania i które nie zostały odrzucone.

2. Oferty zostaną ocenione przez Zamawiającego w oparciu o następujące kryteria:

Lp. Kryterium Waga pkt

1 Jednostkowa cena miesięczna brutto (C) 60

2 Doświadczenie (D) 10

3 Dostępność usług (U) 20

4. Elementy dodatkowe (E) 10

3. Kryterium 1 – Jednostkowa cena miesięczna brutto (C) - możliwa ilość punktów do uzyskania: max 60 pkt. Ocena w tym kryterium zostanie dokonana w oparciu o 5 podkryteriów, w następujący sposób:

1. Podkryterium 1 – cena za jeden pakiet podstawowy indywidualny dla pracownika
(Cp) – max. 20 pkt:

Oferty zostaną ocenione wg wzoru:

najniższa oferowana cena za jeden pakiet podstawowy dla pracownika

Cp = ------------------------------------------------------------------------------------------------------------------- x 20 pkt.

cena za jeden pakiet podstawowy dla pracownika ocenianej oferty

1. Podkryterium 2 – cena za jeden pakiet rozszerzony indywidualny dla pracownika
(Crip) – max. 15 pkt:

Oferty zostaną ocenione wg wzoru:

najniższa oferowana cena za jeden pakiet rozszerzony indywidualny dla pracownika

Crip = ----------------------------------------------------------------------------------------------------------------- x 15 pkt.

cena za jeden pakiet rozszerzony indywidualny dla pracownika ocenianej oferty

1. Podkryterium 3 – cena za jeden pakiet kompleksowy indywidualny dla pracownika
(Ckip) – max. 15 pkt:

Oferty zostaną ocenione wg wzoru:

najniższa oferowana cena za jeden pakiet kompleksowy indywidualny dla pracownika

Ckip = ----------------------------------------------------------------------------------------------------------------- x 15 pkt.

cena za jeden pakiet kompleksowy indywidualny dla pracownika ocenianej oferty

1. Podkryterium 4 – cena za jeden pakiet rozszerzony indywidualny dla byłego pracownika
(Cribp) – max. 5 pkt:

Oferty zostaną ocenione wg wzoru:

najniższa oferowana cena za jeden pakiet rozszerzony indywidualny dla byłego pracownika

Cribp = ----------------------------------------------------------------------------------------------------------------- x 5 pkt.

cena za jeden pakiet rozszerzony indywidualny dla byłego pracownika ocenianej oferty

1. Podkryterium 5 – cena za jeden pakiet kompleksowy indywidualny dla byłego pracownika
(Ckibp) – max. 5 pkt:

Oferty zostaną ocenione wg wzoru:

najniższa oferowana cena za jeden pakiet kompleksowy indywidualny dla byłego pracownika

Ckibp = ------------------------------------------------------------------------------------------------------------------- x 5 pkt.

cena za jeden pakiet kompleksowy indywidualny dla byłego pracownika ocenianej oferty

Ilość punktów w kryterium – Jednostkowa Cena Miesięczna Brutto (C), zostanie obliczona wg. wzoru:

C = Cp + Crip + Ckip + Cribp + Ckibp

Wszystkie punkty będą obliczane z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku.

4. Kryterium 2 – Doświadczenie (D) - możliwa ilość punktów do uzyskania: max. 10 pkt. Ocena oferty w tym kryterium dokonana zostanie na podstawie usług własnych Wykonawcy (wykonanych przez Wykonawcę) wykazanych w przedłożonym przez Wykonawcę Wykazie usług (których należyte wykonanie zostało potwierdzone załączonymi do Wykazu referencjami).

Przez usługi własne Zamawiający rozumie wyłącznie usługi zrealizowane na podstawie umowy zawartej przez Wykonawcę (podmiot ubiegający się o zamówienie). Nie będą natomiast uznane usługi wykonane przez inny podmiot w tym przez inny podmiot należący do tej samej grupy kapitałowej.

Punkty w ww. kryterium będą przyznawane w następujący sposób:

1. oferta Wykonawcy, który w okresie ostatnich trzech lat przed upływem terminu składania ofert, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy w tym okresie, wykonał lub wykonuje 4 usługi (w ramach odrębnych kontraktów) polegające na świadczeniu usług ochrony zdrowia w formie programu opieki medycznej, przy czym:

- każda z usług świadczona była lub jest przez co najmniej 12 miesięcy,

- każda z usług obejmowała usługi medyczne z zakresu medycyny pracy oraz inne usługi medyczne dla pracowników klientów instytucjonalnych,

- średnia miesięczna liczba osób objętych programem opieki medycznej w ramach każdej z usług, w okresie w którym świadczona była usługa, wynosiła co najmniej 300

otrzymuje 0 punktów

1. za każdą dodatkową (powyżej minimalnej wymaganej liczby 4 usług) usługę własną charakteryzującą się parametrami jak wyżej - oferta Wykonawcy otrzyma 1 punkt, z zastrzeżeniem maksymalnej liczby punktów.

5. Kryterium 3 – Dostępność usług (U) - możliwa ilość punktów do uzyskania: max. 20 pkt. Ocena w tym kryterium zostanie dokonana w oparciu o 2 podkryteria: dostępność terytorialna usług oraz dostępność czasowa usług, w sposób określony poniżej.

1. Podkryterium 1: dostępność terytorialna usług (DTU) - możliwa ilość punktów do uzyskania: max. 10 pkt.

Ocena oferty w podkryterium dokonana zostanie na podstawie liczby placówek w określonej lokalizacji, co do których Wykonawca gwarantuje świadczenie określonych usług medycznych na rzecz uczestników programu opieki medycznej w zakresie co najmniej jak niżej. Wykonawca jest zobowiązany przedstawić Wykaz Wybranych Placówek spełniających kryteria jak niżej, wraz z oświadczeniem, że Wykonawca będzie dysponował co najmniej taką samą liczbą tego rodzaju placówek przez cały okres trwania umowy. Punkty będą przyznawane w następujący sposób:

(i) dostępność terytorialna usług w zakresie konsultacji specjalistów w Warszawie

- oferta Wykonawcy, który przedstawił 4 placówki, których jest właścicielem, zlokalizowane w promieniu 8 km od centrali Zamawiającego w Warszawie przy założeniu, że w każdej z nich Zamawiający w ramach realizacji zamówienia będzie mógł korzystać w zakresie porad udzielanych przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej oraz podstawowych, następujących specjalistów: ginekolog, kardiolog, okulista, laryngolog, chirurg

otrzyma 0 punktów,

- oferta Wykonawcy, za każdą dodatkową placówkę powyżej minimalnej wymaganej liczby 4 placówek charakteryzującą się parametrami jak wyżej -

otrzyma 1 punkt, nie więcej jednak niż 6 punktów,

(ii) dostępność terytorialna usług w zakresie konsultacji specjalistów w Katowicach i okolicy

- oferta Wykonawcy, który przedstawi co najmniej 3 placówki zlokalizowane w promieniu 8 km od siedziby oddziału Zamawiającego w Katowicach przy założeniu, że w każdej z nich Zamawiający w ramach realizacji zamówienia będzie mógł korzystać w zakresie porad udzielanych przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej oraz podstawowych, następujących specjalistów: ginekolog, kardiolog, okulista, laryngolog, chirurg

otrzyma 2 punkty,

(iii) dostępność terytorialna usług w zakresie konsultacji specjalistów w Poznaniu i okolicy

- oferta Wykonawcy, który przedstawi co najmniej 3 placówki zlokalizowanie w promieniu 8 km od siedziby oddziału Zamawiającego w Poznaniu przy założeniu, że w każdej z nich Zamawiający w ramach realizacji zamówienia będzie mógł korzystać w zakresie porad udzielanych przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej oraz podstawowych, następujących specjalistów: ginekolog, kardiolog, okulista, laryngolog, chirurg

otrzyma 2 punkty,

Liczba punktów uzyskanych w niniejszym podkryterium - DTU jest równa sumie punktów przyznanych zgodnie z punktami (i) – (iii) powyżej.

1. Podkryterium 2: dostępność czasowa usług (DCU) - możliwa ilość punktów do uzyskania: max. 10 pkt.

Ocena oferty w podkryterium dokonana zostanie na podstawie gwarancji dostępności czasowej lekarzy specjalistów oraz badań diagnostycznych w zakresie co najmniej jak niżej. Punkty będą przyznawane w następujący sposób:

1. oferta Wykonawcy, który zagwarantuje standardy dostępności czasowej w promieniu 30 km od każdej lokalizacji Zamawiającego w zakresie konsultacji specjalistów dostępnych w ramach umowy z zakresu ginekologii, kardiologii, okulistyki, laryngologii, chirurgii, dermatologii, neurologii w terminie do 8 dni lub krótszym od daty zgłoszenia zapotrzebowania

otrzyma 5 punktów

1. oferta Wykonawcy, który zagwarantuje standardy dostępności czasowej w promieniu 30 km od każdej lokalizacji Zamawiającego w zakresie badań obrazowych: USG, rezonans magnetyczny, tomografia komputerowa: w terminie do 14 dni lub krótszym od momentu zgłoszenia zapotrzebowania

otrzyma 5 punktów

Liczba punktów uzyskanych w niniejszym podkryterium - DCU jest równa sumie punktów przyznanych zgodnie z punktami (i) - (ii) powyżej.

Liczba punktów w kryterium – Dostępność Usług (U), zostanie obliczona wg. wzoru:

U = DTU + DCU

6. Kryterium 4 – Elementy Dodatkowe (E) - możliwa ilość punktów do uzyskania: max. 10 pkt. Ocena w tym kryterium zostanie dokonana w sposób określony poniżej.

1. oferta Wykonawcy, który zagwarantuje elementy dodatkowe poza wskazanymi w sekcji VI. „Opis przedmiotu zamówienia, szczegółowy sposób realizacji zamówienia” otrzyma określoną liczbę punktów jak niżej:
2. oferta Wykonawcy, który zadeklaruje zmianę definicji dziecka jako członka rodziny z

„dziecko pracownika / byłego pracownika Zamawiającego lub dziecko jego małżonka albo partnera w wieku do 18 r. ż. lub 25 r.ż. o ile wciąż się uczy”

na

„dziecko pracownika / byłego pracownika Zamawiającego lub dziecko jego małżonka albo partnera bez względu na wiek”

otrzyma 2 punkty

1. oferta Wykonawcy, który zgodzi się honorować skierowania na konsultacje specjalistów oraz badania diagnostyczne wystawione nie tylko przez lekarzy specjalistów medycyny pracy zatrudnionych na podstawie umowy o pracę przez Instytut Techniki Budowlanej ale również przez placówki medyczne inne niż placówki medyczne przeznaczone do obsługi programu

otrzyma 2 punkty

1. oferta Wykonawcy, który w przypadku wymaganych wg Załącznika nr 8 przywołanego w sekcji VI. „Opis przedmiotu zamówienia, szczegółowy sposób realizacji zamówienia” skórnych testów alergologicznych zaproponuje dodatkowo testy alergologiczne z krwi

otrzyma 2 punkty

1. oferta Wykonawcy, który w przypadku wymaganych wg OPZ szczepień (przeciwko grypie i tężcowi) zaproponuje szczepienie p. WZW B

otrzyma 2 punkty

1. oferta Wykonawcy, który zagwarantuje jednoczesne spełnienie warunków opisanych
w sekcji VI. pkt. 2 lit a) oraz b)

otrzyma 2 punkty

Liczba punktów uzyskanych w niniejszym Kryterium - E jest równa sumie punktów przyznanych zgodnie z punktami (i) – (v) powyżej.

7. Ofertą najkorzystniejszą będzie oferta, która otrzyma najwyższą ocenę punktów obliczoną wg wzoru:

Ocena = C + D + U + E

Punkty będą obliczane z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku.

8. Niniejsze zamówienie zostanie udzielone temu Wykonawcy, którego oferta uzyska najwyższą liczbę punktów w ostatecznej ocenie punktowej.

9. Jeżeli nie będzie można wybrać oferty najkorzystniejszej z uwagi na to, że dwie lub więcej ofert przedstawia taki sam bilans ceny i innych kryteriów oceny ofert, Zamawiający spośród tych ofert wybierze ofertę z niższą Jednostkową Ceną Miesięczną Brutto (C), a jeżeli zostały złożone oferty o takiej samej cenie, Zamawiający wezwie Wykonawców, którzy złożyli te oferty, do złożenia w terminie określonym przez Zamawiającego ofert dodatkowych.

1. **WYKAZ OŚWIADCZEŃ I DOKUMENTÓW**
2. W celu wykazania braku podstaw do wykluczenia z postępowania o udzielenie zamówienia Wykonawcy w okolicznościach, o których mowa w art. 24 ust. 1 ustawy, należy przedłożyć:
3. oświadczenie o braku podstaw do wykluczenia z postępowania - wzór oświadczenia stanowi Załącznik nr 2
4. W celu potwierdzenia spełniania przez Wykonawcę warunków udziału w postępowaniu należy przedłożyć:
5. oświadczenie o spełnieniu warunków udziału w postępowaniu - wzór oświadczenia stanowi Załącznik nr 3
6. aktualny odpis z właściwego rejestru lub centralnej ewidencji i informacji o działalności gospodarczej, jeżeli odrębne przepisy wymagają wpisu do rejestru, w celu wykazania braku podstaw do wykluczenia w oparciu o art. 24 ust. 5 pkt 1 ustawy, wystawiony nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert
7. Ponadto, w celu potwierdzenia spełniania przez Wykonawcę warunków udziału w postępowaniu, Wykonawca obowiązany jest złożyć:
8. wykaz co najmniej 4 usług spełniających wymagania opisane w sekcji V. „Warunki udziału w postępowaniu, podstawy wykluczenia”, pkt. 1. lit. b), podpunkt (iii) niniejszej SIWZ oraz usług dodatkowych w celu uzyskania dodatkowych punktów w kryterium Doświadczenie w formie Załącznika nr 4 wraz z referencjami potwierdzającymi należytą realizację tych usług,
9. Wykaz 60 Placówek opisanych w sekcji V. „Warunki udziału w postępowaniu, podstawy wykluczenia”, pkt. 1. lit. b), podpunkt (iv) wraz z oświadczeniem dotyczącym Wykazu Wszystkich Placówek – w formie Załącznika nr 5,
10. Wykaz Wybranych Placówek opisanych w sekcji V. „Warunki udziału w postępowaniu, podstawy wykluczenia” pkt. 1. lit. b), podpunkt (iii), – w formie Załącznika nr 6.
11. Ponadto, Wykonawca na wezwanie Zamawiającego, przekaże Zamawiającemu oświadczenie (w oryginale), o przynależności lub braku przynależności do tej samej grupy kapitałowej, w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (t.j.: Dz. U. z 2017 r. poz. 229), z innymi Wykonawcami, którzy złożyli oferty. Zaleca się złożenie dokumentu odpowiednio z wykorzystaniem wzoru stanowiącego Załącznik nr 7.
12. W przypadku przynależności do tej samej grupy kapitałowej, wraz ze złożeniem oświadczenia Wykonawca może przedstawić dowody (dokumenty bądź informacje) potwierdzające, że powiązania z innym Wykonawcą nie prowadzą do zakłócenia konkurencji w postępowaniu o udzielenie zamówienia. Powyższe nie będzie miało zastosowania, jeżeli w postępowaniu zostanie złożona tylko jedna oferta.
13. Dokumenty, o których mowa w ust. 1-3 Wykonawca składa wraz z ofertą.
14. **SPOSÓB PRZYGOTOWNIA OFERTY**
15. Wykonawca może złożyć tylko jedną ofertę, a oferta musi obejmować całość zamówienia.
16. Oferta powinna być podpisana zgodnie z zasadami reprezentacji obowiązującymi Wykonawcę. Ponadto, oferta powinna być sporządzona zgodnie z treścią Wzoru Formularza Ofertowego stanowiącego Załącznik nr 1 do SIWZ.
17. Na ofertę składają się następujące dokumenty, które składa Wykonawca:
18. Formularz Ofertowy,
19. Oświadczenia i dokumenty wymienione w sekcji XI. „Wykaz oświadczeń i dokumentów”,
20. Dokumenty, z których wynika prawo do podpisania oferty (oryginał lub kopia potwierdzona za zgodność z oryginałem przez notariusza) oraz do podpisania innych oświadczeń lub dokumentów składanych wraz z ofertą, chyba, że Zamawiający może je uzyskać w szczególności za pomocą bezpłatnych i ogólnodostępnych baz danych, w szczególności rejestrów publicznych w rozumieniu ustawy z dnia 17 lutego 2005 r. o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne, a Wykonawca wskazał to wraz ze złożeniem oferty, o ile prawo do ich podpisania nie wynika z dokumentów złożonych wraz z ofertą.
21. Formularz Ofertowy, oświadczenia i dokumenty, dla których Zamawiający określił wzory w formie załączników do niniejszej SIWZ, powinny być sporządzone zgodnie z tymi wzorami, co do treści oraz opisu kolumn i wierszy.
22. Oferta, oświadczenia i dokumenty powinny być sporządzone w formie pisemnej (ręcznie lub w postaci wydruku komputerowego), w języku polskim, w formie zapewniającej pełną czytelność treści.
23. Wszelkie zmiany w treści oferty, a w szczególności każde przerobienie, przekreślenie, uzupełnienie, nadpisanie, przesłonięcie korektorem, etc musi być parafowane lub podpisane przez Wykonawcę – w przeciwnym wypadku nie będzie ono uwzględnione.
24. Wszystkie strony oferty wraz z załącznikami zawierające jakąkolwiek treść powinny być kolejno ponumerowane oraz ze sobą połączone, z wyłączeniem dokumentów stanowiących tajemnicę przedsiębiorstwa. W treści oferty powinna być umieszczona informacja o ilości stron oferty wraz z załącznikami do oferty.
25. Oferta powinna zawierać spis załączników.
26. W przypadku, gdyby oferta zawierała informacje stanowiące tajemnicę przedsiębiorstwa, w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji, Wykonawca powinien w sposób niebudzący wątpliwości zastrzec, które spośród zawartych w ofercie informacji stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa. Informacje te winny być umieszczone w osobnym wewnętrznym opakowaniu, kartki winny być ze sobą połączone, a strony ponumerowane z zachowaniem ciągłości numeracji.
27. Nie ujawnia się informacji stanowiących tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji, jeżeli Wykonawca, nie później niż w terminie składania ofert w postępowaniu, zastrzegł, że nie mogą być one udostępnione oraz wykazał, iż zastrzeżone informację stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa. Wykonawca nie może zastrzec informacji, o których mowa w art. 86 ust.4 ustawy Pzp, a w szczególności nazwy (firmy) i adresu Wykonawcy, ceny, terminu wykonania zamówienia, okresu gwarancji i warunków płatności. W sytuacji, gdy Wykonawca zastrzeże w ofercie informacje, które nie stanowią tajemnicy przedsiębiorstwa lub są jawne na podstawie ustawy Pzp lub odrębnych przepisów, oferta taka zostanie odtajniona przez zamawiającego w zakresie wynikającym z wyżej wymienionych przepisów. O odtajnieniu oferty zamawiający powiadomi Wykonawcę.
28. Ofertę wraz z pozostałymi dokumentami należy umieścić w opakowaniu uniemożliwiającym odczytanie jego zawartości bez uszkodzenia tego opakowania. Opakowanie winno być oznaczone nazwą (firmą) i adresem Wykonawcy, zaadresowane do Zamawiającego na adres:

Instytut Techniki Budowlanej

ul. Filtrowa 1, 00-611 Warszawa

oraz opisane:

„Oferta –TO-250-08TO/19 - ŚWIADCZENIE USŁUG OCHRONY ZDROWIA Z ZAKRESU MEDYCYNY PRACY ORAZ INNYCH USŁUG MEDYCZNYCH DLA OBECNYCH I BYŁYCH PRACOWNIKÓW INSTYTUTU TECHNIKI BUDOWLANEJ ORAZ CZŁONKÓW ICH RODZIN W FORMIE PROGRAMU OPIEKI MEDYCZNEJ”

„Nie otwierać przed 03.04.2019 r., godz. 11:00”

1. Zamawiający nie wymaga wniesienia wadium.
2. **MIEJSCE I TERMIN SKŁADANIA OFERT ORAZ OTWARCIA OFERT**.
3. Oferty powinny być złożone w siedzibie Zamawiającego w Warszawie przy ul. Filtrowej 1 w pokoju nr 27, w terminie do dnia: 03.04.2019 roku, do godz. 10:30
4. Oferty zostaną otwarte w siedzibie Instytutu Techniki Budowlanej w Warszawie przy ul. Filtrowej 1, w pokoju nr 149, w dniu: 03.04.2019 roku, o godzinie: 11:00
5. Otwarcie ofert jest jawne.
6. Niezwłocznie po otwarciu ofert Zamawiający zamieści na stronie internetowej informacje dotyczące:

a) kwoty, jaką zamierza przeznaczyć na sfinansowanie zamówienia;

b) firm oraz adresów Wykonawców, którzy złożyli oferty w terminie;

c) cen, terminu wykonania zamówienia, okresu gwarancji i warunków płatności zawartych w ofertach.

1. **WYKAZ ZAŁĄCZNIKÓW DO NINIEJSZEJ SIWZ**

Oznaczenie Załącznika Nazwa Załącznika

Załącznik nr 1 Wzór Formularza Ofertowego

Załącznik nr 2 Wzór Oświadczenia o braku podstaw do wykluczenia z postępowania

Załącznik nr 3 Wzór Oświadczenia o spełnianiu warunków udziału w postępowaniu

Załącznik nr 4 Wzór Wykazu usług

Załącznik nr 5 Wzór Wykazu 60 Placówek

Załącznik nr 6 Wzór Wykazu Wybranych Placówek

Załącznik nr 7 Wzór oświadczenia o przynależności lub braku przynależności Wykonawcy
do tej samej grupy kapitałowej

Załącznik nr 8 Wykaz usług medycznych z zakresu medycyny pracy oraz innych usług medycznych

Załącznik nr 9 Dane dotyczące wieku i płci Pracowników Zamawiającego, Byłych pracowników Zamawiającego oraz Innych osób (zdefiniowanych w sekcji II pkt. 1 SIWZ)

Załącznik nr 10 Narażenia występujące na stanowiskach pracy u Zamawiającego

Załącznik nr 1

**FORMULARZ OFERTOWY**

*dotyczy: zamówienia publicznego na*

ŚWIADCZENIE USŁUG OCHRONY ZDROWIA Z ZAKRESU MEDYCYNY PRACY ORAZ INNYCH USŁUG MEDYCZNYCH DLA OBECNYCH I BYŁYCH PRACOWNIKÓW INSTYTUTU TECHNIKI BUDOWLANEJ ORAZ CZŁONKÓW ICH RODZIN W FORMIE PROGRAMU OPIEKI MEDYCZNEJ – TO-250-08TO/19

**ZAMAWIAJĄCY:**

Instytut Techniki Budowlanej
Ul. Filtrowa 1
00-611 Warszawa

**WYKONAWCA:**

**Niniejsza oferta zostaje złożona przez\*:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa(y) Wykonawcy(ów)** | **Adres(y) Wykonawcy(ów)** |
|  |  |  |
|  |  |  |

\* W przypadku Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia zaleca się wpisanie danych wszystkich Wykonawców – wszystkich wspólników spółki cywilnej lub członków konsorcjum.

**KORESPONDENCJĘ NALEŻY KIEROWAĆ NA ADRES:**

|  |  |
| --- | --- |
| Wykonawca |  |
| Imię i nazwisko osoby uprawnionej do kontaktów |  |
| Adres |  |
| Nr telefonu |  |
| Adres e-mail / nr faksu  |  |

**Ja niżej podpisany, działając w imieniu i na rzecz Wykonawcy składającego niniejszą ofertę oświadczam, że:**

* 1. Zapoznałem się z treścią SIWZ dla niniejszego zamówienia i nie wnoszę do niej zastrzeżeń.
	2. Gwarantuję wykonanie całości niniejszego zamówienia zgodnie z treścią SIWZ.
	3. Oferuję następujące ceny brutto (VAT zwolniony) za świadczenie usług w ramach miesięcznych jednostkowych pakietów medycznych:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Rodzaj pakietu | Pakiet podstawowy - medycyna pracy  | Pakiet rozszerzony | Pakiet kompleksowy |
| Cena za pracownika  |  |  |  |
| Dopłata za jednego członka rodziny pracownika |  |  |  |
| Dopłata za wszystkich członków rodziny pracownika |  |  |  |
| Cena za byłego pracownika  |  |  |  |
| Dopłata za jednego członka rodziny byłego pracownika |  |  |  |
| Dopłata za wszystkich członków rodziny byłego pracownika |  |  |  |

* 1. Oferuję zakres usług medycznych nie węższy niż wymagany jako minimalny w ramach każdego z pakietów usług medycznych wg niniejszej SIWZ.
	2. Oferuję wykonywanie przedmiotu zamówienia w terminie obowiązywania Umowy, tj. 24 miesiące.
	3. Oferuję realizację usług z wykorzystaniem placówek objętych Wykazem Wszystkich Placówek, który dostępny jest na stronie internetowej Wykonawcy oraz z wykorzystaniem placówek objętych wykazami załączonymi do oferty.
	4. Oferuję następującą dostępność czasową usług - zaznaczam umieszczając znak „X”:

🞎 do maksymalnie 8 dni od daty zgłoszenia zapotrzebowania w zakresie konsultacji
specjalistów dostępnych w ramach umowy z zakresu ginekologii, kardiologii, okulistyki, laryngologii, chirurgii, dermatologii, neurologii w promieniu 30 km od każdej lokalizacji Zamawiającego

🞎 do maksymalnie 14 dni od daty zgłoszenia zapotrzebowania w zakresie badań obrazowych: USG, rezonans magnetyczny, tomografia komputerowa w promieniu 30 km od każdej lokalizacji Zamawiającego.

* 1. Oferuję poniższe elementy dodatkowe - zaznaczam umieszczając znak „X”:

🞎 zmianę definicji dziecka jako członka rodziny z

„dziecko pracownika / byłego pracownika Zamawiającego lub dziecko jego małżonka albo partnera w wieku do 18 r. ż. lub 25 r.ż. o ile wciąż się uczy”

na

„dziecko pracownika / byłego pracownika Zamawiającego lub dziecko jego małżonka albo partnera bez względu na wiek”

🞎 honorowanie skierowań na konsultacje specjalistów oraz badania diagnostyczne
wystawione nie tylko przez lekarzy specjalistów medycyny pracy zatrudnionych na podstawie umowy o pracę przez Instytut Techniki Budowlanej ale również przez placówki medyczne inne niż placówki medyczne przeznaczone do obsługi programu.

🞎 skórne testy alergologiczne rozszerzone o testy alergologiczne z krwi

🞎 rozszerzenie wymaganego zakresu szczepień (przeciwko grypie i tężcowi) o dodatkowe
szczepienie p. WZW B

🞎 jednoczesne spełnienie warunków spełnienie warunków opisanych w sekcji VI. pkt. 2
lit. a) oraz b) SIWZ

* 1. Potwierdzam, że niniejsza oferta jest ważna przez 60 dni.
	2. Akceptuję bez zastrzeżeń istotne postanowienia umowy przedstawione w SIWZ, w tym warunki płatności tam określone.
	3. W przypadku uznania mojej oferty za najkorzystniejszą, zobowiązuję się zawrzeć umowę w miejscu i terminie jakie zostaną wskazane przez Zamawiającego, uwzględniając wszystkie istotne postanowienia umowy wskazane przez Zamawiającego w niniejszej SIWZ.
	4. Zastrzegam, że następujące informacje stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa (*Wykonawca wypełnia - o ile dotyczy):*

1. ..…………………………………………,

2. ……………………………………………,

w załączeniu uzasadnienie powyższego zastrzeżenia.

**Podpis(y):**

Miejscowość: …………………………………………………..…..… Data:………………………..……………………….

Imię i nazwisko osoby uprawnionej: Podpis:

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

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

Załącznik nr 2

**Oświadczenie Wykonawcy**

**DOTYCZĄCE PRZESŁANEK WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA**

*dotyczy: zamówienia publicznego na*

ŚWIADCZENIE USŁUG OCHRONY ZDROWIA Z ZAKRESU MEDYCYNY PRACY ORAZ INNYCH USŁUG MEDYCZNYCH DLA OBECNYCH I BYŁYCH PRACOWNIKÓW INSTYTUTU TECHNIKI BUDOWLANEJ ORAZ CZŁONKÓW ICH RODZIN W FORMIE PROGRAMU OPIEKI MEDYCZNEJ – TO-250-08TO/19

**ZAMAWIAJĄCY:**

Instytut Techniki Budowlanej
Ul. Filtrowa 1
00-611 Warszawa

**WYKONAWCA:**

**OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE WYKONAWCY:**

Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie przesłanek określonych w art. 24 ust 1 pkt 12-23 oraz ust. 5 pkt 1 ustawy Pzp.

**Podpis(y):**

Miejscowość: …………………………………………………..…..… Data:………………………..……………………….

Imię i nazwisko osoby uprawnionej: Podpis:

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

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

Załącznik nr 3

**Oświadczenie Wykonawcy**

**DOTYCZĄCE SPELNIENIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**

*dotyczy: zamówienia publicznego na*

ŚWIADCZENIE USŁUG OCHRONY ZDROWIA Z ZAKRESU MEDYCYNY PRACY ORAZ INNYCH USŁUG MEDYCZNYCH DLA OBECNYCH I BYŁYCH PRACOWNIKÓW INSTYTUTU TECHNIKI BUDOWLANEJ ORAZ CZŁONKÓW ICH RODZIN W FORMIE PROGRAMU OPIEKI MEDYCZNEJ – TO-250-08TO/19

**ZAMAWIAJĄCY:**

Instytut Techniki Budowlanej
Ul. Filtrowa 1
00-611 Warszawa

**WYKONAWCA:**

**OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE WYKONAWCY:**

Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu ustanowione przez Zamawiającego.

**Podpis(y):**

Miejscowość: …………………………………………………..…..… Data:………………………..……………………….

Imię i nazwisko osoby uprawnionej: Podpis:

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

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

Załącznik nr 4

**WZÓR WYKAZU USŁUG**

*dotyczy: zamówienia publicznego na*

ŚWIADCZENIE USŁUG OCHRONY ZDROWIA Z ZAKRESU MEDYCYNY PRACY ORAZ INNYCH USŁUG MEDYCZNYCH DLA OBECNYCH I BYŁYCH PRACOWNIKÓW INSTYTUTU TECHNIKI BUDOWLANEJ ORAZ CZŁONKÓW ICH RODZIN W FORMIE PROGRAMU OPIEKI MEDYCZNEJ – TO-250-08TO/19

**ZAMAWIAJĄCY:**

Instytut Techniki Budowlanej
Ul. Filtrowa 1
00-611 Warszawa

**WYKONAWCA:**

**Oświadczam, że w okresie ostatnich trzech lat (przed upływem terminu składania ofert), a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy - w tym okresie, wykonałem/wykonuję następujące usługi (w ramach odrębnych kontraktów) polegające na świadczeniu usług ochrony zdrowia w formie programu opieki medycznej, charakteryzujące się łącznie następującymi parametrami:**

- każda z usług świadczona była lub jest przez co najmniej 12 miesięcy,

- każda z usług obejmowała usługi medyczne z zakresu medycyny pracy oraz inne usługi medyczne dla pracowników klientów instytucjonalnych,

- średnia miesięczna liczba osób objętych programem opieki medycznej w ramach każdej z usług, w okresie w którym świadczona była usługa, wynosiła co najmniej 300.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Odbiorca usługi (Klient)  | Krótki opis usługi | Średnia miesięczna liczba osób objętych programem opieki medycznej  | Okres wykonywania usługi (daty) |
| od | Do |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |

Dla każdej z ww. pozycji załączam referencje.

Poniżej przedstawiam wykaz innych usług spełniających powyższe wymagania w celu uzyskania dodatkowych punktów przy ocenie oferty:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Odbiorca usługi (Klient) | Krótki opis usługi | Średnia miesięczna liczba osób objętych programem opieki medycznej | Okres wykonywania usługi (daty) |
| od | Do |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |

Dla każdej z ww. pozycji załączam referencje.

**Podpis(y):**

Miejscowość: …………………………………………………..…..… Data:………………………..……………………….

Imię i nazwisko osoby uprawnionej: Podpis:

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

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

Załącznik nr 5

**WZÓR WYKAZU 60 PLACÓWEK MEDYCZNYCH**

**Wraz z oświadczeniem dotyczącym Wykazu Wszystkich Placówek**

*dotyczy: zamówienia publicznego na*

ŚWIADCZENIE USŁUG OCHRONY ZDROWIA Z ZAKRESU MEDYCYNY PRACY ORAZ INNYCH USŁUG MEDYCZNYCH DLA OBECNYCH I BYŁYCH PRACOWNIKÓW INSTYTUTU TECHNIKI BUDOWLANEJ ORAZ CZŁONKÓW ICH RODZIN W FORMIE PROGRAMU OPIEKI MEDYCZNEJ – TO-250-08TO/19

**ZAMAWIAJĄCY:**

Instytut Techniki Budowlanej
Ul. Filtrowa 1
00-611 Warszawa

**WYKONAWCA:**

**Oświadczam, że dla realizacji niniejszego zamówienia:**

1. **dysponuję** ponad tysiącem placówek medycznych przeznaczonych do obsługi programu opieki medycznej będącego przedmiotem Zamówienia na terenie całej RP uwzględnionych na Wykazie Wszystkich Placówek dostępnym pod adresem www: ………………………………………
2. **gwarantuję**, że co najmniej 60 placówek objętych Wykazem Wszystkich Placówek spełnia – każda z nich - następujące kryteria łącznie:

a) jest placówką wielospecjalistyczną – to znaczy oferuje specjalistyczne konsultacje lekarskie (obejmujące co najmniej konsultacje lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, ginekologa, kardiologa, okulisty, laryngologa, chirurga) oraz

b) jest zlokalizowana na terenie jednego z województw: wielkopolskie, śląskie, mazowieckie,;

Poniżej przedstawiam Wykaz 60 Placówek scharakteryzowanych jak wyżej:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa | Adres placówki | Województwo |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |
| 3. |  |  |  |
| …… |  |  |  |

Ponadto oświadczam, że będę dysponował co najmniej takim samym zasobem placówek medycznych scharakteryzowanych powyżej i na wyżej wymienionych obszarach przez cały okres trwania umowy.

**Podpis(y):**

Miejscowość: …………………………………………………..…..… Data:………………………..……………………….

Imię i nazwisko osoby uprawnionej: Podpis:

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

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

Załącznik nr 6

**WZÓR WYKAZU WYBRANYCH PLACÓWEK**

*dotyczy: zamówienia publicznego na*

ŚWIADCZENIE USŁUG OCHRONY ZDROWIA Z ZAKRESU MEDYCYNY PRACY ORAZ INNYCH USŁUG MEDYCZNYCH DLA OBECNYCH I BYŁYCH PRACOWNIKÓW INSTYTUTU TECHNIKI BUDOWLANEJ ORAZ CZŁONKÓW ICH RODZIN W FORMIE PROGRAMU OPIEKI MEDYCZNEJ – TO-250-08TO/19

**ZAMAWIAJĄCY:**

Instytut Techniki Budowlanej
Ul. Filtrowa 1
00-611 Warszawa

**WYKONAWCA:**

**Oświadczam, że dla realizacji niniejszego zamówienia dysponuję:**

Placówkami medycznymi z których każda oferuje co najmniej konsultacje lekarskie w zakresie lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej oraz podstawowych, następujących specjalistów: ginekolog, kardiolog, okulista, laryngolog, chirurg w następujących lokalizacjach:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lokalizacja | Lp. | Nazwa Placówki | Adres placówki |
| Obszar w promieniu 8 km od centrali Zamawiającego w Warszawie\* | 1 |  |  |
| 2 |  |  |
| 3  |  |  |
| 4 |  |  |
| Obszar w promieniu 8 km od siedziby Zamawiającego w Katowicach | 1 |  |  |
| 2 |  |  |
| Obszar w promieniu 8 km od siedziby Zamawiającego w Poznaniu | 1 |  |  |
| 2 |  |  |
| Obszar w promieniu 20 km od siedziby Zamawiającego w Pionkach  | 1 |  |  |
| 2 |  |  |

\* dotyczy wyłącznie placówek, których Wykonawca jest właścicielem

Ponadto, oświadczam, że będę dysponował co najmniej taką samą liczbą placówek medycznych oferujących co najmniej konsultacje lekarskie w zakresie lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej oraz podstawowych, następujących specjalistów: ginekolog, kardiolog, okulista, laryngolog, chirurg w lokalizacjach wskazanych powyżej przez cały okres trwania umowy.

Poniżej przedstawiam wykaz innych placówek spełniających powyższe wymagania w celu uzyskania dodatkowych punktów przy ocenie oferty:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lokalizacja | Lp. | Nazwa Placówki | Adres placówki |
| Obszar w promieniu 8 km od centrali Zamawiającego w Warszawie | 1 |  |  |
| 2 |  |   |
| 3  |  |  |
| 4 |  |  |
| 5 |  |  |
| 6 |  |  |
| Obszar w promieniu 8 km od siedziby Zamawiającego w Katowicach | 1 |  |  |
| Obszar w promieniu 8 km od siedziby Zamawiającego w Poznaniu | 1 |  |  |

**Podpis(y):**

Miejscowość: …………………………………………………..…..… Data:………………………..……………………….

Imię i nazwisko osoby uprawnionej: Podpis:

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

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

Załącznik nr 7

**OŚWIADCZENIE**

**dotyczące przynależności Wykonawcy do tej samej grupy kapitałowej,
w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji
i konsumentów (t.j.: Dz. U. z 2017 r. poz. 229)**

*dotyczy: zamówienia publicznego na*

ŚWIADCZENIE USŁUG OCHRONY ZDROWIA Z ZAKRESU MEDYCYNY PRACY ORAZ INNYCH USŁUG MEDYCZNYCH DLA OBECNYCH I BYŁYCH PRACOWNIKÓW INSTYTUTU TECHNIKI BUDOWLANEJ ORAZ CZŁONKÓW ICH RODZIN W FORMIE PROGRAMU OPIEKI MEDYCZNEJ – TO-250- 08TO/19

**ZAMAWIAJĄCY:**

Instytut Techniki Budowlanej
Ul. Filtrowa 1
00-611 Warszawa

**WYKONAWCA:**

**Oświadczam, że:**

* **\*** Nie należę do żadnej grupy kapitałowej,
* **\*** Nie należę do tej samej grupy kapitałowej z innym Wykonawcą, który złożył ofertę w przedmiotowym postępowaniu,
* **\*** Należę do tej samej grupy kapitałowej z innym Wykonawcą, który złożył ofertę w przedmiotowym postępowaniu, tj. z Wykonawcą …………………………………………… .

**\* *należy zaznaczyć odpowiednie***

**Podpis(y):**

Miejscowość: …………………………………………………..…..… Data:………………………..……………………….

Imię i nazwisko osoby uprawnionej: Podpis:

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

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

Załącznik nr 8

**Wykaz usług medycznych z zakresu medycyny pracy oraz innych usług medycznych w ramach poszczególnych pakietów usług medycznych**

1. **Medycyna pracy:**

Medycyna pracy – zgodnie z obowiązującymi przepisami w zakresie medycyny pracy w tym w szczególności:

- ustawą o służbie medycyny pracy

- Kodeksem Pracy

- rozporządzeniem Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej w sprawie przeprowadzania badań lekarskich pracowników, zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami oraz orzeczeń lekarskich wydawanych do celów przewidzianych w Kodeksie Pracy

- innymi przepisami obowiązującymi pracodawcę w zakresie medycyny pracy

będzie obejmowała:

- pełen zakres świadczeń medycznych dla obecnych pracowników oraz kandydatów na pracowników odpowiednio w zakresie badań wstępnych, okresowych i kontrolnych tj. wszelkie badania i konsultacje lekarskie wymagane obowiązującymi przepisami prawa dla pracownika na danym stanowisku pracy, niezbędne do wydania pracownikowi orzeczenia o zdolności do wykonywania pracy na danym stanowisku, w tym również badania sanitarno-epidemiologiczne (włącznie z badaniami w kierunku nosicielstwa)

- orzecznictwo lekarskie w ww. zakresie

- czynne poradnictwo dla osób chorych na choroby zawodowe lub choroby związane z wykonywaną pracą

- wizytację stanowisk pracy wraz z oceną możliwości wykonywania pracy uwzględniająca zagrożenia występujące w miejscu pracy

- zapewnienie udziału Lekarza Medycyny Pracy w zakładowych komisjach BHP.

- inne usługi niezbędne do prawidłowego wykonania obowiązków spoczywających na Zamawiającym względem pracowników i kandydatów na pracowników w zakresie medycyny pracy.

1. **Inne usługi medyczne:**

Inne usługi medyczne – zgodnie z oczekiwaniami Zamawiającego w poszczególnych pakietach będą obejmowały usługi wyszczególnione w załączonym pliku Excel „PAKIETY OPIEKI MEDYCZNEJ I ICH SZCZEGÓŁOWE ZAKRESY” (wykaz minimum).

Załącznik nr 9

**Dane dotyczące wieku i płci osób zatrudnionych przez Zamawiającego Pracowników Zamawiającego, Byłych pracowników Zamawiającego oraz Innych osób
(zdefiniowanych w sekcji II pkt. 1 SIWZ)**

**1.Tabela nr 1.**

|  |
| --- |
| **Pracownicy ITB** |
| **płeć** | **wiek** | **ilość osób** | **płeć** | **wiek** | **ilość osób** |
| mężczyzna | 22 | 1 | kobieta | 22 | 0 |
| mężczyzna | 24 | 1 | kobieta | 24 | 0 |
| mężczyzna | 25 | 5 | kobieta | 25 | 3 |
| mężczyzna | 26 | 1 | kobieta | 26 | 3 |
| mężczyzna | 27 | 4 | kobieta | 27 | 5 |
| mężczyzna | 28 | 3 | kobieta | 28 | 0 |
| mężczyzna | 29 | 6 | kobieta | 29 | 5 |
| mężczyzna | 30 | 3 | kobieta | 30 | 3 |
| mężczyzna | 31 | 4 | kobieta | 31 | 4 |
| mężczyzna | 32 | 4 | kobieta | 32 | 5 |
| mężczyzna | 33 | 10 | kobieta | 33 | 7 |
| mężczyzna | 34 | 9 | kobieta | 34 | 10 |
| mężczyzna | 35 | 8 | kobieta | 35 | 2 |
| mężczyzna | 36 | 8 | kobieta | 36 | 7 |
| mężczyzna | 37 | 10 | kobieta | 37 | 3 |
| mężczyzna | 38 | 5 | kobieta | 38 | 3 |
| mężczyzna | 39 | 6 | kobieta | 39 | 5 |
| mężczyzna | 40 | 6 | kobieta | 40 | 5 |
| mężczyzna | 41 | 5 | kobieta | 41 | 5 |
| mężczyzna | 42 | 4 | kobieta | 42 | 3 |
| mężczyzna | 43 | 3 | kobieta | 43 | 7 |
| mężczyzna | 44 | 8 | kobieta | 44 | 9 |
| mężczyzna | 45 | 3 | kobieta | 45 | 6 |
| mężczyzna | 46 | 1 | kobieta | 46 | 9 |
| mężczyzna | 47 | 5 | kobieta | 47 | 5 |
| mężczyzna | 48 | 4 | kobieta | 48 | 5 |
| mężczyzna | 49 | 2 | kobieta | 49 | 1 |
| mężczyzna | 50 | 7 | kobieta | 50 | 5 |
| mężczyzna | 51 | 3 | kobieta | 51 | 2 |
| mężczyzna | 52 | 0 | kobieta | 52 | 3 |
| mężczyzna | 53 | 3 | kobieta | 53 | 3 |
| mężczyzna | 54 | 2 | kobieta | 54 | 9 |
| mężczyzna | 55 | 2 | kobieta | 55 | 3 |
| mężczyzna | 56 | 0 | kobieta | 56 | 2 |
| mężczyzna | 57 | 4 | kobieta | 57 | 2 |
| mężczyzna | 58 | 5 | kobieta | 58 | 3 |
| mężczyzna | 59 | 2 | kobieta | 59 | 4 |
| mężczyzna | 60 | 6 | kobieta | 60 | 2 |
| mężczyzna | 61 | 4 | kobieta | 61 | 6 |
| mężczyzna | 62 | 1 | kobieta | 62 | 3 |
| mężczyzna | 63 | 6 | kobieta | 63 | 3 |
| mężczyzna | 64 | 2 | kobieta | 64 | 0 |
| mężczyzna | 65 | 4 | kobieta | 65 | 1 |
| mężczyzna | 66 | 1 | kobieta | 66 | 1 |
| mężczyzna | 67 | 3 | kobieta | 67 | 0 |
| mężczyzna | 68 | 1 | kobieta | 68 | 0 |
| mężczyzna | 69 | 2 | kobieta | 69 | 0 |
| mężczyzna | 70 | 1 | kobieta | 70 | 0 |
| mężczyzna | 71 | 1 | kobieta | 71 | 0 |
| mężczyzna | 74 | 1 | kobieta | 74 | 0 |
| mężczyzna | 75 | 1 | kobieta | 75 | 0 |
| mężczyzna | 78 | 1 | kobieta | 78 | 0 |
| mężczyzna | 79 | 2 | kobieta | 79 | 0 |
| mężczyzna | 81 | 0 | kobieta | 81 | 1 |
| mężczyzna | 85 | 0 | kobieta | 85 | 1 |
| mężczyzna | 87 | 0 | kobieta | 87 | 1 |
| mężczyzna | 89 | 1 | kobieta | 89 | 0 |

**2.Tabela nr 2.**

|  |
| --- |
| **Byli pracownicy ITB objęci obecnie programem opieki medycznej** |
| **płeć** | **wiek** | **ilość osób** | **płeć** | **wiek** | **ilość osób** |
| mężczyzna | 60 | 1 | kobieta | 60 | 1 |
| mężczyzna | 61 | 1 | kobieta | 61 | 0 |
| mężczyzna | 63 | 0 | kobieta | 63 | 0 |
| mężczyzna | 64 | 0 | kobieta | 64 | 3 |
| mężczyzna | 65 | 0 | kobieta | 65 | 4 |
| mężczyzna | 66 | 0 | kobieta | 66 | 2 |
| mężczyzna | 67 | 1 | kobieta | 67 | 2 |
| mężczyzna | 68 | 1 | kobieta | 68 | 3 |
| mężczyzna | 69 | 1 | kobieta | 69 | 2 |
| mężczyzna | 70 | 2 | kobieta | 70 | 5 |
| mężczyzna | 71 | 4 | kobieta | 71 | 4 |
| mężczyzna | 72 | 3 | kobieta | 72 | 4 |
| mężczyzna | 73 | 0 | kobieta | 73 | 4 |
| mężczyzna | 74 | 2 | kobieta | 74 | 1 |
| mężczyzna | 75 | 2 | kobieta | 75 | 2 |
| mężczyzna | 76 | 2 | kobieta | 76 | 3 |
| mężczyzna | 77 | 2 | kobieta | 77 | 2 |
| mężczyzna | 78 | 2 | kobieta | 78 | 6 |
| mężczyzna | 79 | 2 | kobieta | 79 | 0 |
| mężczyzna | 80 | 2 | kobieta | 80 | 4 |
| mężczyzna | 81 | 2 | kobieta | 81 | 1 |
| mężczyzna | 82 | 2 | kobieta | 82 | 2 |
| mężczyzna | 83 | 1 | kobieta | 83 | 3 |
| mężczyzna | 84 | 1 | kobieta | 84 | 2 |
| mężczyzna | 85 | 1 | kobieta | 85 | 0 |
| mężczyzna | 86 | 1 | kobieta | 86 | 0 |
| mężczyzna | 87 | 2 | kobieta | 87 | 0 |
| mężczyzna | 88 | 1 | kobieta | 88 | 1 |

**3.Tabela nr 3.**

|  |
| --- |
| **Inne Osoby obecnie objęte programem opieki medycznej** |
| **płeć** | **ilość osób** | **płeć** | **ilość osób** |
| mężczyzna | 14 | kobieta | 23 |

Załącznik nr 10

**Narażenia występujące na stanowiskach pracy u Zamawiającego**

