

ANEXO VIII: OFERTA TÉCNICA

DON/DOÑA _____,
con D.N.I. nº _____, y domicilio en _____, c/
_____ nº _____, actuando en su propio nombre y derecho, o
en representación de la empresa _____, con C.I.F.
_____, a la cual represento en calidad de
_____.

PRIMERO: Que enterado/a de las condiciones y requisitos que se exigen para la contratación de un servicio de asistencia sanitaria y pruebas complementarias en régimen hospitalario, con destino a los trabajadores integrados en el colectivo protegido de la Mutua de Andalucía y de Ceuta, Mutua colaboradora con la Seguridad Social Número 115, en la comarca del Campo de Gibraltar, convocado mediante procedimiento abierto sujeto a regulación armonizada, expediente CS-2024/5101/0010, se compromete a tomar a su cargo la ejecución del mismo, con estricta sujeción al pliego de condiciones particulares y al de prescripciones técnicas que los definen.

Señalar con un ☒ las opciones que correspondan (una o varias de ellas):

Condiciones de estancia (marcar una o varias opciones)

☐ **Se oferta:** una o varias de las siguientes prestaciones:

- ☐ TV en la habitación gratuita
- ☐ Red WIFI en el hospital gratuita
- ☐ Desayuno para el acompañante gratuito
- ☐ Cena para el acompañante gratuita.

☐ **No se oferta:** ninguna de las prestaciones anteriores

Situación y acceso (marcar una o varias opciones)

☐ **Se oferta:** aparcamiento privado o concertado en el centro sanitario propuesto, a una distancia inferior a 100 metros, con disponibilidad para los pacientes remitidos por Cesma, a coste cero.

☐ **Se oferta:** Parada de transporte público a una distancia inferior a 100 metros al centro concertado.

☐ **No se oferta:** ninguna de las dos opciones anteriores



Formación (marcar una o varias opciones)

- ☐ **Se oferta:** Acceso para el personal de Cesma a formación (foros, congresos...) dirigida por o para el personal médico de la adjudicataria, sin coste para Mutua Cesma.
- ☐ **Se oferta:** Cesión gratuita de salas y salones para reuniones de Cesma
- ☐ **No se oferta:** ninguna de las dos opciones anteriores

Equipamiento (marcar una opción)

- ☐ **Se oferta:** Número de quirófanos superior al mínimo exigido en el apartado 1.5 "Instalaciones y equipamiento mínimo" del Pliego de Prescripciones Técnicas. (Al menos 4 quirófanos)
- ☐ **No se oferta:** Número de quirófanos superior al mínimo exigido en el apartado 1.5 "Instalaciones y equipamiento mínimo" del Pliego de Prescripciones Técnicas. (Al menos 4 quirófanos)

En _____ a ____ de _____ de 20____