

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 la asistencia sanitaria hospitalaria, en la comarca del Campo de Gibraltar, para Mutua CESMA, convocado mediante procedimiento abierto sujeto a regulación armonizada, expediente CS-2026/5101/0011, 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):

1. 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

2. 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

3. 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 DE ANDALUCÍA Y DE CEUTA

☐ **Se oferta:** Cesión gratuita de salas y salones para reuniones de Cesma

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

4. 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 quirófanos: _____

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

En _____ a ____ de _____ de 20____.

Fdo. _____