**ZAŁĄCZNIK NUMER 1 DO ZAPYTANIA OFERTOWEGO**

**OŚWIADCZENIE RODO**

**numer sprawy:**  **DOP.260.44.1.2023.EW**

Wykonawca oświadcza, że składając ofertę, wyraża jednocześnie zgodę na przetwarzanie przez Zamawiającego, uczestników postępowania oraz inne uprawnione osoby, danych osobowych zawartych w ofercie oraz w załącznikach do niej.

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), zwanego dalej „RODO”, Zamawiający informuje, że dane osobowe, przetwarzane   
są w celu wypełnienia prawnie usprawiedliwionego celu, jakim jest:

1. przeprowadzenie postępowania,
2. zawarcie i realizacja umowy lub zlecenia,
3. dokonanie rozliczenia i płatności związanych z realizacją umowy lub zlecenia,
4. przeprowadzenie ewentualnych postępowań kontrolnych i/lub audytu przez komórki Zamawiającego lub inne podmiotu uprawnione,
5. ewentualne udostępnienie dokumentacji postępowania i zawartej umowy lub zlecenia, jako informacji publicznej.

Zamawiający informuje, że:

1. administratorem Pani/Pana danych osobowych jest: Pomorska Specjalna Strefa Ekonomiczną sp. z o.o. z siedzibą w Gdańsku (80-172), przy ul. Trzy Lipy 3, wpisaną do rejestru przedsiębiorców przez Sąd Rejonowy Gdańsk-Północ w Gdańsku, VII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod nr KRS 0000033744, NIP 5880019192, REGON 190315182, kapitał zakładowy 286 603 000,00 zł w całości wpłacony;
2. Wszelką korespondencję dotyczącą przetwarzania danych osobowych prosimy kierować do Inspektora ochrony danych w PSSE na adres e-mail: [p.okoniewski@opkconsulting.pl](mailto:p.okoniewski@opkconsulting.pl);
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO w celu związanym z przedmiotowym postępowaniem;
4. odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą osoby lub podmioty, którym udostępniona zostanie dokumentacja postępowania w oparciu o obowiązujące w tej materii przepisy;
5. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane, przez okres 4 lat od dnia zakończenia postępowania o udzielenie zamówienia, a jeżeli czas trwania umowy lub zlecenia przekracza 4 lata, okres przechowywania obejmuje cały czas trwania umowy lub zlecenia;
6. w odniesieniu do Pani/Pana danych osobowych decyzje nie będą podejmowane w sposób zautomatyzowany;
7. posiada Pani/Pan prawo dostępu do danych osobowych Pani/Pana dotyczących, prawo do sprostowania Pani/Pana danych osobowych, prawo żądania od administratora ograniczenia przetwarzania danych, prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy RODO;
8. nie przysługuje Pani/Panu, w związku z art. 17 ust. 3 lit. b, d lub e RODO prawo do usunięcia danych osobowych; prawo do przenoszenia danych osobowych, o którym mowa w art. 20 RODO; na podstawie art. 21 RODO prawo sprzeciwu, wobec przetwarzania danych osobowych.

Ponadto oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zlecenia/zamówienia w niniejszym postępowaniu.

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

/pieczątka i podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy/

**ZAŁĄCZNIK NUMER 2 DO ZAPYTANIA OFERTOWEGO**

**FORMULARZ OFERTY**

................................................................................ ..........................................., dnia ……………...........

*/ pieczątka nagłówkowa Wykonawcy/ / miejscowość/*

**OFERTA**

**na**

**„Świadczenie usług ubezpieczenia zdrowotnego ”**

**numer sprawy: DOP.260.44.1.2023.EW**

**I. DANE WYKONAWCY:**

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

[nazwa /imię i nazwisko Wykonawcy]

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

[siedziba/miejsce zamieszkania Wykonawcy]

numer telefonu .......................................................................... numer faksu ............................................ adres e-mail Wykonawcy do korespondencji z Zamawiającym drogą elektroniczną ................................................................................................................. REGON: .................................................... NIP ....................................................... PESEL: ........................................ *(dotyczy osób fizycznych),*  NUMER RACHUNKU BANKOWEGO: ........................................................................................................................................................

**II. CENA (WARTOŚĆ WYNIKAJĄCA Z FORMULARZA CENOWEGO):**

1. oferujemy cenę jednostkową (miesięczna stawka ryczałtowa za 1 osobę) za udzielenia ochrony ubezpieczeniowej w zakresie organizacji udostępnienia oraz pokrycia kosztów usług medycznych   
   w ramach medycyny pracy przewidzianych w Kodeksie pracy w wysokości: ………………….. zł brutto,
2. oferujemy cenę jednostkową (miesięczna stawka ryczałtowa za **1 osobę**) za udzielenia ochrony ubezpieczeniowej w ramach grupowego ubezpieczenia zdrowotnego w wysokości: ………………….. zł brutto,
3. oferujemy cenę jednostkową (miesięczna stawka ryczałtowa za **pakiet rodzinny**) za udzielenia ochrony ubezpieczeniowej w ramach grupowego ubezpieczenia zdrowotnego w wysokości: ………………….. zł brutto.

\*Cena musi obejmować:

1. wartość przedmiotu zamówienia określoną zgodnie z wypełnionym formularzem cenowym – stanowiącym załącznik numer 3 do zapytania ofertowego (w tym, wszystkie koszty niezbędne   
   do prawidłowej realizacji przedmiotu zamówienia).
2. podatek VAT.

**III. OKRES WYKONANIA**

Oferuje wykonanie przedmiotu zamówienia w terminie:  **36 miesięcy od dnia wskazanego w umowie.**

**IV. OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE PODWYKONAWCÓW\*:**

Zamówienie wykonamy **samodzielnie\*/przy pomocy podwykonawców\*,** którym zamierzamy powierzyć wykonanie następującej części zamówienia:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa części zamówienia powierzona wykonaniu przez podwykonawców | Nazwy podwykonawców (jeśli są znani) |
| 1 | … | … |
| … | … | … |

**V. OŚWIADCZENIA:**

Oświadczam, że:

* zapoznałem się z zapytaniem ofertowym dotyczącym postępowania – numer sprawy:  
  **DOP.260.44.1.2023.EW** (w tym – opisem przedmiotu zamówienia) i nie wnosi do niego zastrzeżeń;
* jestem związany ofertą przez okres 60 (słownie: sześćdziesięciu) dni od upływu terminu składania ofert;
* zobowiązuję się do zawarcia umowy o treści uzgodnionej z Zamawiającym, w miejscu i terminie wskazanym przez Zamawiającego;
* nie podlegam wykluczeniu na podstawie przesłanek wskazanych w art. 7 Ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (Dz. U. 2022 r. poz. 835 ze zm.).

**VI. DANE OSOBY UPOWAŻNIONEJ DO KONTAKTU Z ZAMAWIAJĄCYM**

(kontakt, przekazywanie wzajemnych uwag wynikających z realizacji ewentualnej umowy oraz nadzór nad realizacją ewentualnej umowy):

imię i nazwisko ..................................................................................................................................................................................................

stanowisko służbowe ....................................................................................................................................................................................

numer telefonu .................................................................................................................................................................................................

numer faksu ........................................................................................................................................................................................................

dni i godziny pracy ...........................................................................................................................................................................................

adres e-mail .........................................................................................................................................................................................................

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

/pieczątka i podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy/

**ZAŁĄCZNIK NUMER 3 DO ZAPYTANIA OFERTOWEGO**

**FORMULARZ CENOWY**

**numer sprawy: DOP.260.44.1.2023.EW**

.......................................................................................... ............................................, dnia .................................

*/pieczątka nagłówkowa Wykonawcy/ /miejscowość/*

Wycena przedmiotu zamówieniadla zadania:

**„Świadczenie usług ubezpieczenia zdrowotnego”.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot zamówienia** | **Wartość PLN** | | |
| Cena netto | Podatek VAT | Cena brutto |
| 1 | Cena jednostkowa (miesięczna stawka ryczałtowa za 1 osobę) za udzielenia ochrony ubezpieczeniowej w zakresie organizacji udostępnienia oraz pokrycia kosztów usług medycznych w ramach medycyny pracy przewidzianych w Kodeksie pracy |  |  |  |
| 2 | Cena jednostkowa (miesięczna stawka ryczałtowa za **1 osobę**) za udzielenia ochrony ubezpieczeniowej w ramach grupowego ubezpieczenia zdrowotnego |  |  |  |
| 3 | Cena jednostkowa (miesięczna stawka ryczałtowa za **pakiet rodzinny**) za udzielenia ochrony ubezpieczeniowej w ramach grupowego ubezpieczenia zdrowotnego |  |  |  |
| **RAZEM:** | |  |  |  |

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

/pieczątka i podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy/

**ZAŁĄCZNIK NUMER 4 DO ZAPYTANIA OFERTOWEGO**

**WYKAZ USŁUG**

**numer sprawy: DOP.260.44.1.2023.EW**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Przedmiot zamówienia | Wartość zamówienia brutto | Termin realizacji zamówienia | | Odbiorca zamówienia |
| początek | koniec |
| 1 |  |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |  |

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

/pieczątka i podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy/

**ZAŁĄCZNIK NUMER 5 DO ZAPYTANIA OFERTOWEGO**

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**numer sprawy: DOP.260.44.1.2023.EW**

1. **Informacje wstępne**
2. Pomorska Specjalna Strefa Ekonomiczna (PSSE) to część Polskiej Strefy Inwestycji, jeden z 14 podmiotów regionalnych, odpowiedzialnych za kompleksową obsługę inwestorów. Działa na terenie województwa kujawsko-pomorskiego i we wschodniej części województwa pomorskiego (łącznie 226 gmin). Jej zadaniem jest wsparcie przedsiębiorczości, poprzez tworzenie atrakcyjnych do rozwoju małych, średnich i dużych firm m.in. poprzez zwolnienie z podatku dochodowego (CIT i PIT) oraz możliwość rozwoju przedsiębiorstwa bez konieczności zmiany lokalizacji.
3. Aktualnie w ramach PSSE następującymi usługami są objęte poniższe ilości osób:

- Udzielenie ochrony ubezpieczeniowej w zakresie organizacji udostępnienia oraz pokrycia kosztów usług medycznych w ramach medycyny pracy przewidzianych w Kodeksie pracy realizowanych   
u partnerów medycznych: około 80 osób,

- Udzielenie ochrony ubezpieczeniowej w ramach grupowego ubezpieczenia zdrowotnego: około   
80 osób (w tym około 60 osób będących pracownikami PSSE).

1. **Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia**

W ramach usług objętych niniejszym przedmiotem zamówienia Zamawiający Wymaga:

1. Udzielenia ochrony ubezpieczeniowej w zakresie organizacji udostępnienia oraz pokrycia kosztów usług medycznych w ramach medycyny pracy przewidzianych w Kodeksie pracy realizowanych   
   u partnerów medycznych:

- badań wstępnych, kontrolnych i okresowych,

- wizytacji stanowisk pracy,

- analizy stanu zdrowia pracowników,

- wystawiania zaświadczeń o stanie zdrowia Ubezpieczonych lub niezdolności do pracy,

- aktywnego poradnictwa w stosunku do Ubezpieczonych, którzy cierpią na choroby zawodowe   
lub inne choroby związane z wykonywanym zawodem,

- delegowania lekarza do zakładowej komisji BHP w przypadkach obowiązkowych

- Pracowniczych Programów Profilaktycznych.

1. Udzielenia ochrony ubezpieczeniowej w ramach grupowego ubezpieczenia zdrowotnego   
   w następującym zakresie:

- organizacji, udostępnienia oraz pokrycia kosztów usług medycznych realizowanych u Partnerów Medycznych,

- zwrotu kosztów (refundacji) usług medycznych zrealizowanych przez Ubezpieczonego poza siecią Partnerów Medycznych,

- usług infolinii medycznej,

- organizacji, udostępnienia oraz pokrycia kosztów usług wspierających powrót do zdrowia.

W ramach świadczonej usługi należy zapewnić dostęp do:

1. Konsultacje lekarzy pierwszego kontaktu (bez limitów):

- Lekarz rodzinny

- Internista

- Pediatra

1. Konsultacje specjalistów (bez limitów):

- Alergolog/Alergolog dziecięcy

- Androlog

- Anestezjolog

- Chirurg/Chirurg dziecięcy

- Chirurg naczyniowy

- Chirurg onkolog

- Dermatolog i wenerolog/Dermatolog dziecięcy

- Diabetolog/Diabetolog dziecięcy

- Endokrynolog/ Endokrynolog dziecięcy

- Flebolog

- Gastrolog/Gastrolog dziecięcy

- Ginekolog/Ginekolog dziecięcy

- Hematolog/Hematolog dziecięcy

- Hepatolog

- Immunolog

- Kardiochirurg

- Kardiolog/Kardiolog dziecięcy

- Lekarz chorób zakaźnych

- Lekarz medycyny tropikalnej

- Lekarz specjalista rehabilitacji

- Nefrolog/Nefrolog dziecięcy

- Neonatolog

- Neurochirurg

- Neurolog/Neurolog dziecięcy

- Okulista/Okulista dziecięcy

- Onkolog/Onkolog dziecięcy

- Ortopeda i traumatolog/Ortopeda dziecięcy

- Otolaryngolog/Otolaryngolog dziecięcy

- Proktolog

- Pulmonolog/Pulmonolog dziecięcy

- Radiolog

- Reumatolog/Reumatolog dziecięcy

- Urolog/Urolog dziecięcy

1. Konsultacje profesorskie (dopuszcza się limity):

- Alergolog

- Chirurg

- Chirurg naczyniowy

- Chirurg onkolog

- Dermatolog i wenerolog

- Diabetolog

- Endokrynolog

- Gastrolog

- Ginekolog

- Kardiochirurg

- Kardiolog

- Nefrolog

- Neurochirurg

- Neurolog

- Okulista

- Onkolog

- Ortopeda

- Otolaryngolog

- Proktolog

- Pulmonolog

- Reumatolog

- Urolog

1. Konsultacje psychiatryczne (dopuszcza się limity):

- Psychiatra/Psychiatra dziecięcy

1. Konsultacje dietetyka (dopuszcza się limity):

- Dietetyk

1. Wystawienie recepty (bez limitów):

- Porada (wystawienie recepty bez wizyty

1. Badania biochemiczne krwi (bez limitów):

- Adrenalina

- Albumina

- Aminotransferaza alaninowa (ALAT)

- Aminotransferaza asparaginianowa (ASPAT)

- Amylaza

- Amylaza trzustkowa

- Apolipoproteina Al.

- Białko całkowite

- Białko całkowite (rozdział elektroforetyczny)

- Białko C-reaktywne (CRP)

- Bilirubina bezpośrednia

- Bilirubina całkowita

- Bilirubina pośrednia

- BUN (azot mocznikowy)

- Ceruloplazmina

- Chlorki (CI)

- Cholesterol – HDL

- Cholesterol – LDL

- Cholesterol całkowity

- Dehydrogenaza mleczanowa (LDH)

- Esteraza acetylocholinowa

- Ferrytyna

- Fosfataza zasadowa (alkaliczna) (ALP)

- Fosfataza kwaśna całkowita (AcP)

- Fosfataza kwaśna sterczowa (AcPP)

- Fosfor nieorganiczny

- Gammaglutamylotranspeptydaza (GGTP)

- Glukoza

- Glukoza we krwii włośniczkowej

- Glukoza-krzywa

- Glukoza po obciążeniu (bez kosztu leku)

- Hemoglobina

- Hemoglobina glikowana (HbA1C)

- Kinaza fosfokreatynowa (CK)

- Kinaza fosfokreatynowa izoenzym (CK-MB)

- Kreatynina

- Klirens kreatyniny

- Kwas foliowy

- Kwas moczowy

- Lipaza

- Lipidogram

- Magnez całkowity (Mg)

- Miedź (Cu)

- Mocznik

- Odczyn Coombsa bezpośredni

- Odczyn Coombsa pośredni

- Potas (K)

- Proteinogram

- Sód

- Stężenie trensferazy

- Transferyna

- Trójglicerydy (TG)

- Troponina T

- Troponina I

- Tyreoglobulina

- Wapń całkowity (Ca)

- Witamina B12

- Całkowita zdolność wiązania żelaza (TIBC)

- Żelazo (Fe)

- Żelazo-krzywa wchłaniania

1. Badania hormonalne krwi (bez limitów):

- Aldosteron

- Androstendion

- Androsteron

- Hormon luteinotropowy (LH)

- Hormon adrenokortykotropowy (ACTH)

- Hormon folikulotropowy (FSH)

- Estradiol

- Gonadotropina kosmówkowa frakcja beta (beta-HCG)

- Hormon tyreotropowy (TSH)

- Hormon wzrostu (GH)

- Insulina

- Insulina po obciążeniu (bez kosztu leku)

- Kalcytonina

- Kortyzol

- Osteokalcyna

- Parathormon (PTH)

- Parathormon intact (iPTH)

- PRL po metoclopramidzie (bez kosztu leku)

- Progesteron

- Prolaktyna (PRL)

- Siarczan dehydroepiandrosteronu (DHEA)

- Testosteron całkowity

- Trójodotyronina całkowita (T3)

- Trójodotyronina wolna (fT3)

- Tyroksyna całkowita (T4)

- Tyroksyna wolna (fT4)

1. Badania immunochemiczne krwi (bez limitów):

- Czynnik reumatoidalny (RF) - odczyn lateksowy

- Czynnik reumatoidalny (RF) – ilościowo

- Antystreptolizyna O (ASO)

- Odczyn Waalera-Rosego

- Przeciwciała przeciw tyreoglobulinowe (ATG)

- Przeciwciała przeciw peroksydazie tarczycowej (ATPO)

- Przeciwciała przeciw helicobacter pylori – IgG

- Immunoglobulina G – IgG

- Immunoglobulina A – IgA

- Immunoglobulina E całkowite – IgE

- Tyroksyna całkowita (T4)

- Tyroksyna wolna (fT4)

- Immunoglobulina M – IgM

1. Badania moczu (bez limitów):

- Amylaza w moczu

- Badanie ogólne moczu (profil)

- Białko w moczu

- Bilirubina w moczu

- BUN w moczu - wydalanie dobowe

- Ciała ketonowe w moczu

- Fosfor nieorganiczny w moczu

- Fosfor w moczu - wydalanie dobowe

- Glukoza w moczu

- Glukoza w moczu - wydalanie dobowe

- Kortyzol w moczu

- Kreatynina w moczu

- Kreatynina w moczu - wydalanie dobowe

- Kwas moczowy w moczu

- Kwas moczowy - wydalanie dobowe

- Kwas wanilinomigdałowy w moczu

- Liczba Addisa - wydalanie dobowe

- Magnez w moczu

- Magnez w moczu - wydalanie dobowe

- Metoksykatecholaminy w moczu - wydalanie dobowe

- Miedź w moczu

- Mocznik w moczu

- Ołów w moczu - wydalanie dobowe

- Sód w moczu

- Potas w moczu

- Potas w moczu - wydalanie dobowe

- Sód w moczu - wydalanie dobowe

- Wapń w moczu

- Wapń w moczu - wydalanie dobowe

1. Badania serologiczne krwi (bez limitów):

- Oznaczenie grupy krwi układu A, B, O, Rh (D)

- Odczyn VDRL/USR/RPR

- Badanie przeglądowe na obecność alloprzeciwciał dla kobiet ciężarnych

1. Badania układu krzepnięcia krwi (bez limitów):

- D-Dimery ilościowo

- D-Dimery – odczyn lateksowy

- Czas protrombinowy (czas krzepnięcia, PT, INR)

- Czas trombinowy (czas krwawienia, TT)

- Czas kaolinowo-kefalinowy (APTT)

- Fibrynogen (FIBR)

- Antytrombina III (AT III)

1. Badania hematologiczne krwi (bez limitów):

- Morfologia pełna z rozmazem ręcznym

- Morfologia pełna z rozmazem automatycznym

- Morfologia krwi bez rozmazu

- Płytki krwi

- Retikulocyty

- Odczyn opadania krwinek czerwonych (OB)

- Hematokryt

- Eozyno􀁅lia bezwzględna

- Rozmaz ręczny krwi obwodowej

- Rozmaz mikroskopowy krwi obwodowej

1. Badania kału (bez limitów):

- Badanie ogólne kału

- Pasożyty/jaja pasożytów w kale

- Krew utajona w kale

- Resztki pokarmowe w kale

- Kał na lamblie ELISA

- Rotawirus i adenowirus w kale

- Badanie w kierunku owsików-wymaz

1. Posiewy (bez limitów):

- Posiew wymazu z moczu

- Posiew wymazu z gardła

- Posiew wymazu z rany

- Posiew kału ogólny

- Posiew kału w kierunku Salmonella-Shigella

- Posiew kału w kierunku Yersinia sp.

- Posiew wymazu z odbytu

- Posiew wymazu z odbytu w kierunku GBS

- Posiew nasienia

- Posiew plwociny

- Posiew wymazu z nosa

- Posiew wymazu z oka

- Posiew wymazu z ucha

- Posiew wymazu z cewki moczowej

- Posiew wymazu ze zmiany

- Posiew wymazu z pochwy

- Posiew wymazu z pochwy w kierunku GBS

- Posiew wymazu z kanału szyjki macicy

- Grzybice powierzchowne - badanie mykologiczne mikroskopowe

- Grzybice powierzchowne - badanie mykologiczne posiew

- Badanie cytologiczne ginekologiczne

- Cytologia złuszczeniowa z nosa

- Mykogram do pobranego wymazu

- Antybiogram do pobranego wymazu

1. Badania immunologiczne we krwi - badanie podstawowe, bez testów potwierdzenia (bez limitów):

- Salmonella sp. przeciwciała

- Borrelia przeciwciała IgG

- Borrelia przeciwciała IgM

- Chlamydia pneumoniae przeciwciała IgA

- Chlamydia pneumoniae przeciwciała IgG

- Chlamydia pneumoniae przeciwciała IgM

- Chlamydia trachomatis przeciwciała IgA

- Chlamydia trachomatis przeciwciała IgG**,**

- Chlamydia trachomatis przeciwciała IgM

- Przeciwciała przeciw cytoplazmie c-ANCA

- Przeciwciała przeciwjądrowe ANA

1. Badania immunologiczne we krwi - badanie podstawowe, bez testów potwierdzenia (bez limitów):

- Salmonella sp. przeciwciała

- Borrelia przeciwciała IgG

- Borrelia przeciwciała IgM

- Chlamydia pneumoniae przeciwciała IgA

- Chlamydia pneumoniae przeciwciała IgG

- Chlamydia pneumoniae przeciwciała IgM

- Chlamydia trachomatis przeciwciała IgA

- Chlamydia trachomatis przeciwciała IgG**,**

- Chlamydia trachomatis przeciwciała IgM

- Przeciwciała przeciw cytoplazmie c-ANCA

- Przeciwciała przeciwjądrowe ANA

1. Badania toksykologiczne we krwi (bez limitów):

- Digoksyna ilościowo

- Ołów ilościowo

1. Badania wirusologiczne we krwi (bez limitów):

- Antygen Hbs (HBs Ag) - WZW typu B

- Przeciwciała przeciw Hbs (Anty-Hbs) - WZW typu B  
- Antygen Hbe (Hbe Ag) - WZW typu B

- Przeciwciała przeciw Hbe (anty-Hbe) - WZW typu B

- Przeciwciała przeciw -HBc IgM (Anty-Hbc IgM) - WZW typu B

- Przeciwciała przeciw HCV (Anty-Hcv) - WZW typu C

- Przeciwciała przeciw rubella IgM – różyczka

- Przeciwciała przeciw rubella IgG – różyczka

- Przeciwciała przeciw toksoplazmoza gondii - przeciwciała IgM

- Przeciwciała przeciw toksoplazmoza gondii - przeciwciała IgG

- HIV (metodą Combo)

- HIV test potwierdzenia

- Przeciwciała przeciw CMV IgA – cytomegalowirus

- Przeciwciała przeciw CMV IgG – cytomegalowirus

- Przeciwciała przeciw CMV IgM – cytomegalowirus

- Przeciwciała przeciw mononukleoza zakaźna EBV IgG

- Przeciwciała przeciw mononukleoza zakaźna EBV IgM

1. Markery nowotworowe we krwi (bez limitów):

- Alfa-fetoproteina (AFP)

- Antygen CA 125

- Antygen CA 15-3

- Antygen CA 19-9

- Antygen swoisty dla stercza - PSA całkowity

- Antygen swoisty dla stercza - PSA wolny

- Antygen karcyno-embrionalny (CEA)

1. Audiometria (bez limitów):

- Audiometria tonalna

- Audiometria impedancyjna (tympanogram)

- Audiometria impedancyjna + ocena funkcji trąbki słuchowej

1. Densytometria (bez limitów):

- Densytometria kręgosłupa

- Densytometria kości udowej

- Densytometria całego kośćca

1. Inne badania (bez limitów):

- Pomiar ciśnienia tętniczego

- EKG spoczynkowe

- EKG próba wysiłkowa

- EKG - pomiar całodobowy metodą Holtera

- EKG spoczynkowe z opisem

- Spirometria

- Całodobowy pomiar ciśnienia tętniczego (Holter RR)

- Pomiar ciśnienia śródgałkowego

- Badanie dna oka

- Badanie ostrości widzenia

- Badanie pola widzenia

- Dobór szkieł korekcyjnych

- Badanie wydzielania łez

- Czystość pochwy

- Urografia

1. Biopsje (wraz z oceną histopatologiczną)
2. Biopsje wraz z oceną (bez limitów):

- Biopsja cienkoigłowa tarczycy pod kontrolą USG wraz z oceną pobranego materiału

- Biopsja cienkoigłowa piersi pod kontrolą USG wraz z oceną pobranego materiał

- Biopsja cienkoigłowa zmiany w tkance podskórnej pod kontrolą USG wraz z oceną pobranego materiału

- Biopsja cienkoigłowa węzłów chłonnych pod kontrolą USG wraz z oceną pobranego materiału

1. EEG (bez limitów):

- EEG badanie zwykłe

- EEG w śnie

- EEG w czuwaniu

1. EMG (bez limitów):

- EMG - badania przewodzenia we włóknach czuciowych jednego nerwu

- EMG - badania przewodzenia we włóknach czuciowych jednego nerwu

- EMG - badanie cieśni nadgarstka

- EMG - badanie ilościowe jednego mięśnia

- EMG - próba miasteniczna

- EMG - próba ischemiczna (tężyczkowa)

1. Diagnostyka obrazowa (bez limitów):

- Mammografia

- RTG kręgosłupa całego boczne

- RTG kręgosłupa całego AP + boczne

- RTG kręgosłupa całego AP

- RTG kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego AP + boczne

- RTG kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego AP

- RTG kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego boczne

- RTG kręgosłupa piersiowego boczne

- RTG kręgosłupa piersiowego AP + boczne

- RTG kręgosłupa piersiowego AP

- RTG kręgosłupa szyjnego AP+boczne

- RTG kręgosłupa szyjnego AP

- RTG kręgosłupa szyjnego boczne

- RTG kręgosłupa w kierunku skoliozy AP

- RTG kręgosłupa w kierunku skoliozy AP+boczne

- RTG kręgosłupa w kierunku skoliozy boczne

- RTG klatki piersiowej AP

- RTG klatki piersiowej PA

- RTG klatki piersiowej PA + boczne

- RTG klatki piersiowej AP + boczne

- RTG klatki piersiowej boczne

- RTG klatki piersiowej z barytem

- RTG barku AP

- RTG barku AP + zdjęcia osiowe

- RTG obojczyka AP

- RTG obojczyków porównawcze

- RTG łopatki AP

- RTG łopatki AP+osiowe

- RTG łopatki osiowe

- RTG miednicy AP

- RTG mostka boczne

- RTG mostka AP

- RTG przeglądowe jamy brzusznej

- RTG kości ramiennej AP

- RTG kości ramiennej boczne

- RTG kości ramiennej AP + boczne

- RTG przedramienia AP

- RTG przedramienia boczne

- RTG przedramienia AP + boczne

- RTG nadgarstka AP

- RTG nadgarstka boczne

- RTG nadgarstka AP + boczne

- RTG dłoni AP

- RTG dłoni AP + boczne

- RTG dłoni boczne

- RTG palca dłoni AP

- RTG palca dłoni AP + boczne

- RTG palca dłoni boczne

- RTG kości udowej AP + boczne

- RTG kości udowej AP

- RTG kości udowej boczne

- RTG podudzia AP + boczne

- RTG podudzia AP

- RTG podudzia boczne

- RTG kości piętowej AP + boczne

- RTG kości piętowej AP

- RTG kości piętowej boczne

- RTG porównawcze obu pięt

- RTG stopy AP

- RTG stopy boczne

- RTG stopy AP + boczne

- RTG porównawcze obu stóp

- RTG palca stopy AP

- RTG palca stopy AP + boczne

- RTG palca stopy boczne

- RTG czaszki AP

- RTG czaszki AP + boczne

- RTG czaszki boczne

- RTG twarzoczaszki PA

- RTG gruczołów ślinowych bez kontrastu

- RTG krtani bez kontrastu

- RTG nosa AP

- RTG nosa AP + boczne

- RTG nosa boczne

- RTG nosogardzieli bez kontrastu

- RTG oczodołów PA

- RTG oczodołów PA + boczne

- RTG oczodołów boczne

- RTG okolicy jarzmowo szczękowej

- RTG okolicy nadoczodołowej

- RTG okolicy tarczycy

- RTG przewodu nosowo-łzowego

- RTG stawów biodrowych AP

- RTG stawów biodrowych AP + osiowe

- RTG stawów biodrowych osiowe

- RTG stawów krzyżowo-biodrowych AP

- RTG stawów krzyżowo-biodrowych AP + skośne

- RTG stawu kolanowego AP + boczne

- RTG stawu kolanowego AP

- RTG stawu kolanowego boczne

- RTG obu stawów kolanowych

- RTG stawu łokciowego AP + boczne

- RTG stawu łokciowego AP

- RTG stawu łokciowego boczne

- RTG stawów łokciowych porównawcze

- RTG stawów mostkowo-obojczykowych AP

- RTG stawu skokowego AP + boczne

- RTG stawu skokowego AP

- RTG stawu skokowego boczne

- RTG obu stawów skokowych

- RTG zatok AP

- RTG żeber AP

- RTG żeber PA

- Wlew doodbytniczy – kontrast

- Echokardiografia (ECHO) dorośli

- Echokardiografia (ECHO) dzieci

- Echokardiografia (ECHO) płodu

- Echokardiografia (ECHO) z Dopplerem dorośli

- USG ciąży (z wyłączeniem testów genetycznych )

- USG dopplerowskie tętnic kończyn dolnych

- USG dopplerowskie tętnic kończyny dolnej (jednej)

- USG dopplerowskie tętnic kończyn górnych

- USG dopplerowskie tętnic kończyny górnej (jednej)

- USG dopplerowskie żył kończyn dolnych

- USG dopplerowskie żył kończyny dolnej (jednej)

- USG dopplerowskie żył kończyn górnych

- USG dopplerowskie żył kończyny górnej (jednej)

- USG dopplerowskie naczyń jamy brzusznej

- USG dopplerowskie płodu

- USG dopplerowskie tętnic dogłowowych (szyjnych)

- USG dopplerowskie tętnic nerkowych

- USG dopplerowskie tętnic wewnątrzczaszkowych (mózgowych)

- USG więzadeł

- USG ginekologiczne przez powłoki brzuszne

- USG ginekologiczne przezpochwowe (transwaginalne)

- USG gruczołu krokowego (przez powłoki brzuszne)

- USG gruczołu krokowego transrektalne

- USG jąder

- USG krtani

- USG mięśni

- USG nadgarstka

- USG piersi

- USG jamy brzusznej

- USG przezciemiączkowe u dzieci

- USG stawu barkowego

- USG stawu biodrowego

- USG stawu kolanowego

- USG stawów biodrowych u dzieci

- USG stawu łokciowego

- USG stawu skokowego

- USG ścięgna

- USG ślinianek

- USG tarczycy

- USG układu moczowego

- USG węzłów chłonnych szyjnych

- USG węzłów chłonnych pachwinowych

- USG węzłów chłonnych pachowych

- USG tkanek miękkich

1. Tomografia komputerowa (bez limitów):

- Kontrast do TK (dożylny lub doustny)

- Tomografia komputerowa głowy bez kontrastu

- Tomografia komputerowa głowy z kontrastem

- Tomografia komputerowa głowy - przysadka bez kontrastu

- Tomografia komputerowa głowy - przysadka z kontrastem

- Tomografia komputerowa jamy brzusznej bez kontrastu

- Tomografia komputerowa jamy brzusznej z kontrastem

- Tomografia komputerowa klatki piersiowej bez kontrastu

- Tomografia komputerowa klatki piersiowej z kontrastem

- Tomografia komputerowa kręgosłupa lędźwiowego bez kontrastu

- Tomografia komputerowa kręgosłupa lędźwiowego z kontrastem

- Tomografia komputerowa kręgosłupa piersiowego bez kontrastu

- Tomografia komputerowa kręgosłupa piersiowego z kontrastem

- Tomografia komputerowa kręgosłupa szyjnego bez kontrastu

- Tomografia komputerowa kręgosłupa szyjnego z kontrastem

- Tomografia komputerowa miednicy bez kontrastu

- Tomografia komputerowa miednicy z kontrastem

- Tomografia komputerowa uda bez kontrastu

- Tomografia komputerowa uda z kontrastem

- Tomografia komputerowa podudzia bez kontrastu

- Tomografia komputerowa podudzia z kontrastem

- Tomografia komputerowa stopy z kontrastem

- Tomografia komputerowa stopy bez kontrastu

- Tomografia komputerowa ramienia bez kontrastu

- Tomografia komputerowa ramienia z kontrastem

- Tomografia komputerowa przedramienia bez kontrastu

- Tomografia komputerowa przedramienia z kontrastem

- Tomografia komputerowa nadgarstka bez kontrastu

- Tomografia komputerowa nadgarstka z kontrastem

- Tomografia komputerowa stawów skroniowo-żuchwowych bez kontrastu

- Tomografia komputerowa stawów skroniowo-żuchwowych z kontrastem

- Tomografia komputerowa stawu biodrowego bez kontrastu

- Tomografia komputerowa stawu biodrowego z kontrastem

- Tomografia komputerowa stawu kolanowego bez kontrastu

- Tomografia komputerowa stawu kolanowego z kontrastem

- Tomografia komputerowa stawu łokciowego bez kontrastu

- Tomografia komputerowa stawu łokciowego z kontrastem

- Tomografia komputerowa stawu skokowego bez kontrastu

- Tomografia komputerowa stawu skokowego z kontrastem

- Tomografia komputerowa szyi bez kontrastu

- Tomografia komputerowa szyi z kontrastem

- Tomografia komputerowa twarzoczaszki bez kontrastu

- Tomografia komputerowa twarzoczaszki z kontrastem

- Tomografia komputerowa oczodołów bez kontrastu

- Tomografia komputerowa oczodołów z kontrastem

- Tomografia komputerowa uszu/piramid

- Tomografia komputerowa zatok bez kontrastu

- Tomografia komputerowa zatok z kontrastem

1. Rezonans magnetyczny (bez limitów):

- Kontrast do MRI (dożylny)

- Rezonans magnetyczny głowy bez kontrastu

- Rezonans magnetyczny głowy z kontrastem

- Rezonans magnetyczny jamy brzusznej bez kontrastu

- Rezonans magnetyczny jamy brzusznej z kontrastem

- Rezonans magnetyczny klatki piersiowej bez kontrastu

- Rezonans magnetyczny klatki piersiowej z kontrastem

- Rezonans magnetyczny kręgosłupa lędźwiowego bez kontrastu

- Rezonans magnetyczny kręgosłupa lędźwiowego z kontrastem

- Rezonans magnetyczny kręgosłupa piersiowego bez kontrastu

- Rezonans magnetyczny kręgosłupa piersiowego z kontrastem

- Rezonans magnetyczny kręgosłupa szyjnego bez kontrastu

- Rezonans magnetyczny kręgosłupa szyjnego z kontrastem

- Rezonans magnetyczny miednicy bez kontrastu

- Rezonans magnetyczny miednicy z kontrastem

- Rezonans magnetyczny nadgarstka z kontrastem

- Rezonans magnetyczny nadgarstka bez kontrastu

- Rezonans magnetyczny oczodołów bez kontrastu

- Rezonans magnetyczny oczodołów z kontrastem

- Rezonans magnetyczny podudzia bez kontrastu

- Rezonans magnetyczny podudzia z kontrastem

- Rezonans magnetyczny przedramienia bez kontrastu

- Rezonans magnetyczny przedramienia z kontrastem

- Rezonans magnetyczny przysadki bez kontrastu

- Rezonans magnetyczny przysadki z kontrastem

- Rezonans magnetyczny ramienia bez kontrastu

- Rezonans magnetyczny ramienia z kontrastem

- Rezonans magnetyczny ręki bez kontrastu

- Rezonans magnetyczny ręki z kontrastem

- Rezonans magnetyczny stawów skroniowo-żuchwowych bez kontrastu

- Rezonans magnetyczny stawów skroniowo-żuchwowych z kontrastem

- Rezonans magnetyczny stawu barkowego bez kontrastu

- Rezonans magnetyczny stawu barkowego z kontrastem

- Rezonans magnetyczny stawu biodrowego bez kontrastu

- Rezonans magnetyczny stawu biodrowego z kontrastem

- Rezonans magnetyczny stawu kolanowego bez kontrastu

- Rezonans magnetyczny stawu kolanowego z kontrastem

- Rezonans magnetyczny stawu łokciowego bez kontrastu

- Rezonans magnetyczny stawu łokciowego z kontrastem

- Rezonans magnetyczny stawu skokowego bez kontrastu

- Rezonans magnetyczny stawu skokowego z kontrastem

- Rezonans magnetyczny stopy bez kontrastu

- Rezonans magnetyczny stopy z kontrastem

- Rezonans magnetyczny twarzoczaszki bez kontrastu

- Rezonans magnetyczny twarzoczaszki z kontrastem

- Rezonans magnetyczny uda z kontrastem

- Rezonans magnetyczny uda bez kontrastu

- Rezonans magnetyczny zatok bez kontrastu

1. Badania endoskopowe (bez limitów):

- Gastroskopia

- Rektoskopia

- Sigmoidoskopia

- Kolonoskopia

- Anoskopia

- Znieczulenie do zabiegów endoskopowych ogólne

- Znieczulenie do zabiegów endoskopowych miejscowe

- Test urazowy do badania endoskopowego

- Badanie histopatologiczne materiału diagnostycznego pobranego podczas badania endoskopowego

1. Testy alergiczne (bez limitów):

- Testy alergiczne skórne (1 pkt) (metodą nakłuć)

- Testy alergiczne płatkowe (1 alergen)

- Testy alergiczne skórne- panel pokarmowy (metodą nakłuć)

- Testy alergiczne skórne - panel wziewny (metodą nakłuć)

- Testy alergiczne skórne - panel mieszany (pediatryczny) (metodą nakłuć)

1. Szczepienia ochronne (bez limitów):

- Szczepienie przeciwko grypie

- Anatoksyna przeciw tężcowi

- Szczepienie przeciw WZW typu A

- Szczepienie przeciw WZW typu B

- Szczepienie przeciw WZW typu A i B

1. Zabiegi alergologiczne (bez limitów):

- Immunoterapia chorób alergicznych (odczulanie, bez kosztu leku)

- Kwalifikacja do immunoterapii (odczulania)

1. Zabiegi chirurgiczne (bez limitów):

- Nacięcie i drenaż ropnia/krwiaka

- Leczenie wrośniętego paznokcia metodą chirurgiczną

- Szycie rany do 3 cm

- Szycie rany do 5 cm

- Zdjęcie szwów

- Leczenie drobnych owrzodzeń, oparzeń, odmrożeń

- Wycięcie odcisku

1. Zabiegi dermatologiczne (bez limitów):

- Elektrokoagulacja dermatologiczna brodawek, włókniaków

- Krioterapia dermatologiczna brodawek, włókniaków

- Ścięcie włókniaków skóry

1. Zabiegi ginekologiczne (bez limitów):

- Leczenie nadżerek metodą elektrokoagulacji

- Leczenie nadżerek metodą krioterapii

1. Zabiegi okulistyczne (bez limitów):

- Usunięcie ciała obcego z oka

- Płukanie dróg łzowych

- Iniekcja podspojówkowa

- Usunięcie gradówki

- OCT

- Gonioskopia

mm. Zabiegi ortopedyczne (bez limitów):

- Założenie gipsu tradycyjnego

- Założenie gipsu syntetycznego

- Zdjęcie gipsu

- Punkcja stawu

- Blokada dostawowa i okołostawowa (bez kosztu leku)

- Unieruchomienie typu Desault mały/duży

nn. Zabiegi otolaryngologiczne (bez limitów):

- Płukanie uszu

- Przedmuchiwanie trąbki słuchowej

- Usunięcie ciała obcego z ucha/nosa/gardła

- Postępowanie zachowawcze w krwawieniu z nosa

- Opatrunek uszny z lekiem

- Punkcja zatok

- Płukanie zatok

oo. Zabiegi ogólnolekarskie i pielęgniarskie (bez limitów):

- Podłączenie wlewu kroplowego (bez kosztu leku)

- Pobranie krwi

- Założenie i zmiana opatrunku (rany, skręcenia, zwichnięcia, urazy)

- Iniekcje: domięśniowe, dożylne, podskórne

- Usunięcie kleszcza

1. Ambulatoryjna rehabilitacja lecznicza (dopuszcza się limity)

- Elektrostymulacja

- Galwanizacja

- Jonoforeza

- Laseroterapia punktowa

- Laseroterapia skanerowa

- Magnetoterapia

- Naświetlanie UV

- Prądy diadynamiczne

- Prądy interferencyjne

- Prądy Tensa

- Prądy Traberta

- Sollux

- Światło spolaryzowane

- Taping

- Ultradźwięki miejscowe

- Ultrafonoreza

- Krioterapia miejscowa

1. Stomatologia zachowawcza (raz w roku)

- przegląd stomatologiczny

1. Kompleksowy przegląd stanu zdrowia (raz w roku)

- Internista

- RTG klatki piersiowej

- EKG spoczynkowe

- Odczyn opadania krwinek

- Morfologia z rozmazem

- Badanie ogólne moczu

- Glukoza

- Lipidogram

1. Opieka przedporodowa (bez limitów)

- Konsultacje lekarski i badania

1. Zwrot kosztów usług medyczną poza siecią

- Zwrot kosztów konsultacji lekarskiej (50 zł/wizytę)

1. Usługi

- Telefoniczne centrum umawiania wizyt

- Konto klienta – on-line

- Potwierdzanie terminów (SMS lub e-mail)

3.Pracownicy Zamawiającego mają obecnie zapenione pokrycie kosztów konsultacji lekarskich i suług medycznych

a) Zamawiający jest zainteresowany stanem zdrowia pracowników oraz zapewnieniem pokrycia kosztów konsultacji lekarskich oraz usług medycznych w formie grupowej

b) Liczba i długość zwolnień lekarskich nie stanowi obecnie problemu w funkcjonowaniu Zamawiajacego

c) Główne PKD: 6810Z

d Liczba „oddziałów” Zamawiającego: 4 (Gdańsk, Gdynia, Toruń i Włocławek)

e) Co do zasady nie występują pracownicy zatrudnieni w formie B2B

f) Przybliżona średnia wieku pracowników: około 40 lat

g) Liczba wariantów ubezpieczenia, które mają obowiązywać: 1

h) Wcześniejsza opieka medyczna: NIE

i) Medycyna Pracy: TAK

j) Aktualnie występujące czynniki ryzyka:

- Stanowiska decyzyjne: około 18 osób

- Praca z komputerem: około 80 osób

- Stanowiska z samochodm służbowym/prywatnym samochodem do celów służbowych: około 60 osób

- Kierowanie samochodem zawodowo: około 1 osoba

- Praca na wysokości do 3 metrów: około 15 osób

- Praca na wysokości powyżej 3 metrów: około 10 osób.