OFERTA TÉCNICA EVALUABLE AUTOMÁTICAMENTE.

D./Dª.............................................................................................., con DNI número .................................... en nombre (propio) o actuando en representación de (empresa a que representa)................................................................................. con CIF/NIF.............................con domicilio en …….................................................................................................................. calle …….................................................................., número..................

Ante el Órgano de Contratación de Mutua Montañesa y en relación con la licitación convocada para adjudicar el expediente nº……………………... formula la siguiente proposición,

| **OFERTA TÉCNICA EVALUABLE AUTOMÁTICAMENTE** | | |
| --- | --- | --- |
| **C2** | **Disponer de profesionales que presten el servicio en la siguiente especialidad: U45. Cirugía Maxilofacial** | |
|  | Se valorará la existencia de profesionales para llevar a cabo el tratamiento de la especialidad de Maxilofacial.  -Si la oferta presentada no dispone de dicho servicio: 0 puntos.  -Si la oferta presentada dispone de dicho servicio: 4 puntos. | SI  NO |
| ***Marcar lo que proceda*** |
| **C3** | **Disponer de profesionales que presten el servicio de la siguiente especialidad: U52. Otorrinolaringología** | |
|  | Se valorará la existencia de profesionales para llevar a cabo el tratamiento de la especialidad de Otorrinolaringología  -Si la oferta presentada no dispone de dicho servicio: 0 puntos.  -Si la oferta presentada dispone de dicho servicio: 4 puntos. | SI  NO |
| ***Marcar lo que proceda*** |
| **C4** | **Disponer de profesionales que presten el servicio de la siguiente especialidad: U50. Oftalmología.** | |
|  | Se valorará la existencia de profesionales para llevar a cabo el tratamiento de la especialidad de Oftalmología  -Si la oferta presentada no dispone de dicho servicio: 0 puntos.  -Si la oferta presentada dispone de dicho servicio: 4 puntos. | SI  NO |
| ***Marcar lo que proceda*** |
| **C5** | **Disponer de profesionales que presten el servicio de la siguiente especialidad: U.6 Alergología.** | |
|  | Se valorará la existencia de profesionales para llevar a cabo el tratamiento de la especialidad de Alergología  -Si la oferta presentada no dispone de dicho servicio: 0 puntos.  -Si la oferta presentada dispone de dicho servicio: 4 puntos. | SI  NO |
| ***Marcar lo que proceda*** |
| **C6** | **Disponer de profesionales que presten el siguiente servicio: Unidad del dolor** | |
|  | Se valorará la existencia de profesionales para llevar a cabo el tratamiento de Unidad de dolor  -Si la oferta presentada no dispone de dicho servicio: 0 puntos.  -Si la oferta presentada dispone de dicho servicio: 4 puntos. | SI  NO |
| ***Marcar lo que proceda*** |
| **C7** | **Disponer el servicio de especialidades adicionales a Maxilofacial, Otorrinolaringología, Oftalmología, Alergología y Unidad del dolor** | |
|  | La proposición criterio “C7” se valorará asignando la mayor puntuación (10 puntos) a la oferta que más especialidades adicionales disponga. | Especialidades adicionales: |
| ***Indicar especialidades adicionales ofertadas*** |
| **El licitador por el presente se compromete a acreditar ante Mutua Montañesa y a petición de esta cualquiera de los puntos anteriores conforme a los requisitos establecidos para ello en el Pliego de Prescripciones Técnicas aceptando que en caso de no realizarlo el apartado en cuestión pueda ser valorado con cero puntos.** | | |

En **<<INDICAR>>**, a **<<INDICAR>>**de **<<INDICAR>>**de **<<INDICAR>>**

<<INDICAR EMPRESA Y FIRMA>>

DIRIGIDO AL SR. DIRECTOR GERENTE DE MUTUA MONTAÑESA

ÓRGANO DE CONTRATACIÓN DE MUTUA MONTAÑESA