3. pielikums

Atklāta konkursa nolikumam

**līgumA iestāžu sarakstS (forma)**

**Pretendents:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

1. **Plaša profila ambulatorās ārstniecības līguma iestādes:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nr.p.k** | **Plaša profila ambulatorās līguma iestādes nosaukums** | **Pilsēta un adrese** | Pretendents apliecina, ka, zemāk nosauktajās plaša profila ambulatorajās ārstniecības iestādēs, saskaņā ar tehniskās specifikācijas minimālajām prasībām, tas nodrošina iespēju apdrošinātajām personām saņemt **visus apdrošināšanas programmā iekļautos veselības aprūpes pakalpojumus nosauktajās (A1, A2, A3 un A4) pakalpojumu grupās**, apmaksu nodrošinot uzrādot Karti un neveicot sākotnējus norēķinus (ne daļēji, ne pilnā apmērā) no apdrošināto personu naudas līdzekļiem.*(vērtēšanas kritērijs 5.1.)* | Pretendents apliecina, ka, zemāk nosauktajās plaša profila ambulatorajās ārstniecības iestādēs, saskaņā ar tehniskās specifikācijas minimālajām prasībām, tas nodrošina iespēju apdrošinātajām personām saņemt arī **apdrošināšanas programmā iekļautos citus veselības aprūpes pakalpojumus nosauktajās ( B1, B2, B3, B4, B5 un B6) pakalpojumu grupās** , apmaksu nodrošinot uzrādot Karti un neveicot sākotnējus norēķinus (ne daļēji, ne pilnā apmērā) no apdrošināto personu naudas līdzekļiem. *(vērtēšanas kritērijs 5.2.)* |
| **Ārstu-speciālistu konsultācijas** (tehniskās specifikācijas II daļas 2.1.2.1. punkts); | **Diagnostiskie izmeklējumi** (tehniskās specifikācijas II daļas 2.1.2.4. un 2.2.2.5. punkts) | **Laboratoriskie izmeklējumi** (tehniskās specifikācijas II daļas 2.1.2.3 punkts) | **Manipulācijas un procedūras** (tehniskās specifikācijas II daļas 2.1.2.2. punkts) |  | Pacientu iemaksa ambulatori (tehniskās specifikācijas II daļas 2.1.1.1. punkts) | Veselības pārbaudes Medicīniskās dokumentācijas noformēšanai (tehniskās specifikācijas II daļas 2.1.2.6. punkts) | Obligātās veselības pārbaudes (tehniskās specifikācijas II daļas 2.1.2.7. punkts) | Fizikālās terapijas procedūras (tehniskās specifikācijas II daļas 2.1.2.9. punkts) | Ambulatorā rehabilitācija (Tehniskās II daļas 2.1.2.10. punkts)  | Vakcinācijas pakalpojumi tehniskās specifikācijas 2.1.2.8. punkts) |
|  |  |  | *A1* | *A2* | *A3* | *A4* | *B1* | *B2* | *B3* | *B4* | *B5* | *B6* |
| 1 |  |  | *1* | *1* | *1* | *1* | *1* |  |  | *1* |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **KOPĀ** |  | *1* |  |  | *1* |  |  |
| *…* |

**\*** *Šī iepirkuma izpratnē par plaša profila ambulatorajām līguma iestādēm (5.1. punktā noteiktajam vērtēšanas apakš kritērijam) tiek uzskatāmas un sarakstā ir norādāmas tikai tās ambulatorās līguma iestādes visā Latvijas Republikas teritorijā, ar kurām ir noslēgts līgums par* ***visu šīs tabulas kreisajā pusē minēto pakalpojumu veidu (A1, A2, A3 un A4)*** *apmaksu ar Karti, apliecinot to ar atzīmi „1” zem visiem nosauktajiem pakalpojuma veidiem. Ja Pretendents papildus visiem A grupas pakalpojumiem ( A1 līdz A4) apmaksu ar Karti nodrošina arī par tabulas labajā pusē minētajiem B grupas pakalpojumu veidiem* ***B1, B2, B3, B4, B5 un B6****, apliecinot to ar atzīmi „1” zem attiecīgajiem pakalpojumu veidiem, tad par kopējo šo pakalpojumu skaitu attiecīgā Pretendenta piedāvājumam ir iespēja saņemt punktus saskaņā ar 5.2. punktā noteikto vērtēšanas apakš kritēriju.*

1. **Plaša profila stacionārās ārstniecības līguma iestādes:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nr.p.k** | **Plaša profila stacionārās līguma iestādes nosaukums** | **Pilsēta** **un adrese** | Pretendents apliecina, ka, zemāk nosauktajās plaša profila stacionārajās ārstniecības iestādēs, saskaņā ar tehniskās specifikācijas minimālajām prasībām, tas nodrošina iespēju apdrošinātajām personām saņemt **visus apdrošināšanas programmā iekļautos veselības aprūpes pakalpojumus attiecīgajās pakalpojumu grupās**, apmaksu nodrošinot maksas stacionāra par gadījumu limita ietvaros, uzrādot Karti (vai veicot iepriekšēju “garantijas vēstuļu” saskaņošanu ar Pretendentu) un neveicot norēķinus no apdrošināto personu naudas līdzekļiem.*(vērtēšanas apakš kritērijs 5.3.)*  |
| **Pacientu iemaksa stacionāri un līdzmaksājums** (tehniskās specifikācijas II daļas 2.1.1.2. un 2.1.1.3.punkti) | **Uzturēšanās maksa par katru stacionārā pavadīto dienu, tajā skaitā arī paaugstinātais serviss** (tehniskās specifikācijas II daļas 2.1.4.1. un 2.1.4.4. punkti) | **Maksas ķirurģiskās operācijas** (tehniskās specifikācijas II daļas 2.1.4.3. punkts) | **Citas maksas stacionārā veiktās manipulācijas, izmeklējumi** (tehniskās specifikācijas II daļas 2.1.4.2. punkts) |
|  |  |  | *C1* | *C2* | *C3* | *C4* |
| 1 |  |  | *1* | *1* | *1* | *1* |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |
| **KOPĀ** |  |

**\*** *Šī iepirkuma izpratnē par plaša profila stacionārās līguma iestādēm (5.3. punktā noteiktajam vērtēšanas apakš kritērijam) tiek uzskatāmas un sarakstā ir norādāmas tikai tās stacionārās līguma iestādes visā Latvijas Republikas teritorijā, ar kurām ir noslēgts līgums* ***vismaz par******šajā tabulā minēto pakalpojumu veidiem - C2, C3 un C4*** *apmaksu ar Karti, apliecinot to ar atzīmi „1” zem visiem nosauktajiem pakalpojuma veidiem.*

1. **Laboratorisko izmeklējumu veicēju līguma iestādes:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nr.p.k** | **Laboratorisko izmeklējumu līguma iestādes nosaukums***(\* tikai tās laboratorisko izmeklējumu veicējas iestādes, kuras nav uzskatāmas un netiek iekļautas plaša profila ambulatoro līguma iestāžu sarakstā)* | **Pilsēta un adrese** | Pretendents apliecina, ka, zemāk nosauktajās ārstniecības iestādēs un to filiālēs, kas specializējas laboratorisko izmeklējumu veikšanā, saskaņā ar tehniskās specifikācijas minimālajām prasībām, tas nodrošina iespēju apdrošinātajām personām saņemt **apdrošināšanas programmās segumā iekļautos laboratoriskos izmeklējumus**, apmaksu nodrošinot, uzrādot Karti un neveicot norēķinus no apdrošināto personu naudas līdzekļiem.*(vērtēšanas apakš kritērijs 5.4.)*  |
|  |  |  | *D1* |
| 1 |  |  | *1* |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| **KOPĀ** | *…* |

1. **Zobārstniecības pakalpojumu līguma iestādes:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nr.p.k** | **Zobārstniecības pakalpojumu līguma iestādes nosaukums** | **Pilsēta un adrese** | Pretendents apliecina, ka, zemāk nosauktajās zobārstniecības iestādēs, kas specializējas dažādu zobārstniecības pakalpojumu veikšanā, saskaņā ar tehniskās specifikācijas minimālajām prasībām, tas nodrošina iespēju apdrošinātajām personām saņemt **apdrošināšanas programmās segumā iekļautos zobārstniecības pakalpojumus**, apmaksu nodrošinot, uzrādot Karti un neveicot norēķinus no apdrošināto personu naudas līdzekļiem.*(vērtēšanas apakš kritērijs 5.5.)*  |
|  |  |  | *E1* |
| 1 |  |  | *1* |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| **KOPĀ** | *…* |

|  |  |
| --- | --- |
| **Vārds, uzvārds** |  |
| **Amats** |  |
| **Paraksts** |  |
| **Datums** |  |