|  |  |
| --- | --- |
| **ANNEX:** | **MODEL CRITERIS AVALUABLES MITJANÇANT FORMULES AUTOMÀTIQUES: Altres criteris**  |
| ***(Declaració, OBLIGATORIA, a lliurar al sobre número B2)*** |

El Sr./a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ assabentat/da de la licitació de la FUNDACIÓ DE GESTIÓ SANITÀRIA DE L’HOSPITAL DE LA SANTA CREU I SANT PAU i de les condicions i requisits que s’exigeixen per a l’adjudicació del contracte de l’encapçalament, es compromet, en nom i representació de l’empresa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, a executar el servei i/o subministrament, d’acord amb el següent:

* **Disposició de servei d’emergències 24 hores tot l’any amb CRA**

L’empresa ha d’acreditar estar en disposició d’un servei d’emergències amb recepció i coordinació d’incidències des d’un Centre d’Emergències tal i com es requereix al PPT. Aquest servei de recepció, gestió i atenció d’emergències ha de garantir cobertura tots els dies de l’any durant les 24 hores a totes les dependències internes i externes que pertanyin a l’Hospital. Sobre la CRA es valorarà la forma en que aquesta està subcontractada, de forma que:

**[ ]**  Disposa de Central Receptora d’Alarmes **subcontractada** per la recepció i gestió del servei d’emergències 24 hores tots els dies de l’any subcontractat

[ ]  Disposa de Central Receptora d’Alarmes **pròpia** per la recepció i gestió del servei d’emergències 24 hores tots els dies de l’any subcontractat

**Instruccions per a emplenar correctament el formulari:** El contractista haurà de marcar una de les opcions per a cada apartat a excepció d’aquells que requereixin específicament d’emplenament.

En el cas de que no es marqui cap opció o es marqui més d’una opció i/o s’alteri el redactat d’algun dels apartats, s’atorgarà una puntuació de 0 punts en aquell afectat.

A ………… de ……………….. de …………