**ANEXO 4**

Al pliego de cláusulas administrativas particulares aplicable a la contratación del servicio de vigilancia de la salud y de diferentes prestaciones vinculadas con la salud de las personas empleadas públicas adscritas a la Diputación de Barcelona y a otras entidades integradas en su sector público adheridas a este contrato.

**Expediente n.º: 2023/38632**

**MODELO RELATIVO A LOS CENTROS MÉDICOS ADSCRITOS A LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO**

"El Sr./La Sra......................................... con NIF n.º................, *en nombre propio / en representación de la empresa .............., en calidad de ..., y según escritura pública autorizada ante Notario ......, en fecha .... y con número de protocolo .../o documento ..., CIF n.º .............., domiciliada en........... calle ........................, n.º.........,* *(persona de contacto......................,* dirección de correo electrónico ................, teléfono n.º ............... y fax n.º........................), opta a la contratación relativa a (*consignad objeto del contrato y lotes, si procede*) y DECLARA RESPONSABLEMENTE que adscribirá a la ejecución de dicha contratación los medios necesarios (propios o externos) para llevar a cabo las pruebas médicas específicas siguientes:

**CENTROS PARA LA REALIZACIÓN DE RECONOCIMIENTOS MÉDICOS DE VIGILANCIA DE LA SALUD**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **CENTRO MÉDICO** | **NOMBRE CENTRO MÉDICO** | **DIRECCIÓN CENTRO MÉDICO** | **MEDIO PROPIO O EXTERNO** | **DOCUMENTACIÓN** |
| Barcelona ciudad |  |  | PROPIO |  |
| Alt Penedès |  |  |  |  |
| Anoia |  |  |  |  |
| Bages |  |  |  |  |
| Baix Llobregat |  |  |  |  |
| Berguedà |  |  |  |  |
| Garraf |  |  |  |  |
| Maresme |  |  |  |  |
| Osona |  |  |  |  |
| Vallès Occidental |  |  |  |  |
| Vallès Oriental |  |  |  |  |
| Otros centros adicionales\* |  |  |  |  |

\*El licitador tendrá que añadir en este listado, en su caso, los centros médicos propios adicionales que haya ofrecido de acuerdo con el criterio 2.2. de adjudicación de la cláusula 1.11 de este pliego.

**CENTROS PARA LA REALIZACIÓN DE REVISIÓN GINECOLÓGICA Y UROLÓGICA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **NOMBRE CENTRO MÉDICO** | **DIRECCIÓN CENTRO MÉDICO** | **\*DOCUMENTACIÓN** |
| Revisión ginecológica |  |  |  |
| Revisión urológica |  |  |  |

\*El licitador tendrá que adjuntar documento acreditativo de colaboración con la clínica/s o centro/s médico/s propuesto/s, **ubicado/s en la ciudad de Barcelona**, así como el procedimiento para la gestión de estos tipos de solicitudes.

**CENTROS PARA LA REALIZACIÓN DE PRUEBAS MÉDICAS ESPECÍFICAS**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **PRUEBAS MÉDICAS ESPECÍFICAS** | **NOMBRE**  **CENTRO MÉDICO** | **DIRECCIÓN**  **CENTRO MÉDICO** | **MEDIO PROPIO O EXTERNO** | **\*DOCUMENTACIÓN** |
| Revisión vista |  |  |  |  |
| Estudio de biomecánica |  |  |  |  |
| Electromiografía |  |  |  |  |
| Ergometría |  |  |  |  |
| Placa radiológica convencional |  |  |  |  |

\*El licitador tendrá que adjuntar documento acreditativo de colaboración con la/s clínica/s o centro/s médico/s propuesto/s, **ubicados en la ciudad de Barcelona o en su Área metropolitana**, así como el procedimiento para la gestión de estos tipos de solicitudes.