**Załącznik nr 3 do SWZ** *Dokument składany wraz z ofertą!*

**Sprawa: ZP.2.2022**

**WYKAZ FUNKCJONALNOŚCI DODATKOWYCH**

Ja/my, niżej podpisany/i

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

reprezentujący: ………………………………………………………

będącą uczestnikiem postępowania o udzielnie zamówienia pn.: **„……………..”,** oświadczam, że spełniam wszystkie wymagania obligatoryjne opisane w Załączniku Nr 2 do SWZ oraz deklarowane poniżej funkcjonalności dodatkowe ZSI opisane w poniższych tabelach i podlegające weryfikacji na podstawie prezentacji z przedłożonej próbki:

| Lp. | Opis wymagania | Ilość Punktów | Parametry oferowane\*  (TAK / NIE) |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Wymuszanie powodu usuwania zarezerwowanych wizyt pacjenta – wybór powodu tylko ze zdefiniowanego słownika (z możliwością określenia własnych powodów usunięcia). Przegląd usuniętych wizyt wraz z powodem usunięcia - możliwość filtrowania listy dla wybranego powodu usunięcia. | 10 | TAK / NIE |
|  | System umożliwia tworzenie własnego słownika różnych typów nieobecności (np. urlop, konferencja, przerwa itp.).  System umożliwia definiowanie nieobecności, przerw, urlopów itp. dla poszczególnych lekarzy/ gabinetów/ pracowni. | 10 | TAK / NIE |
|  | System umożliwia założenie blokady na maksymalną ilość wizyt jakie mogą być w tym samym czasie umówione w terminarzu lekarza /gabinetu /pracowni. | 10 | TAK / NIE |
|  | Automatyczne przeniesienie wizyt do innego pracownika (zastępującego). | 20 | TAK / NIE |
|  | System z poziomu terminarza wizyt umożliwia podpinanie załączników (plików pdf, skanów, plików multimedialnych ) do konkretnej rezerwacji. | 20 | TAK / NIE |
|  | System umożliwia powiązanie nowych danych medycznych wprowadzonych poza wizytą z aktualną wizytą pacjenta. | 10 | TAK / NIE |
|  | System posiada mechanizm obliczania prowizji lekarza za wykonane świadczenie uzależniony do postawionego pacjentowi rozpoznania: różna kwota prowizji za tą samą usługę w zależności do rozpoznania podanego według klasyfikacji ICD10 | 20 | TAK / NIE |
|  | **Uzyskana ilość punktów – Proszę wpisać (max. ilość=100 punków):** |  | |

\*W kolumnie „Parametry oferowane” należy wpisać „TAK” jeżeli Wykonawca deklaruje spełnienie tego wymagania lub „NIE” jeżeli Wykonawca nie deklaruje spełnienia tego wymagania.

*………………………………………………………………………………………*

*Dokument składany w postaci elektronicznej opatrzonej kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisany poprzez e-dowód- przez osobę upoważnioną do reprezentacji Wykonawcy*