

FORMULARZ OFERTY
Z KRYTERIAMI OCENY PUNKTOWEJ
LEKARZ/PIELĘGNIARKA

I. DANE OFERENTA:

Imię i Nazwisko

Pełna nazwa (zgodnie z CEIDG).....

Adres siedziby

NIP:.....REGON.....Nr Księgi Rejestrowej

Tel..... e-mail

Oferuję udzielanie świadczeń zdrowotnych w części (*właściwe zaznaczyć krzyżykiem)

| Lp. | Część konkursu, na który jest składana oferta | Wskazanie Oferenta dotyczące części, na którą składana jest oferta (<i>zaznaczyć krzyżykiem</i>) | Proponowane wynagrodzenie brutto (stawka za 1 dobę udzielania świadczeń zdrowotnych) | Oferta dotyczy: (adres pacjenta/pacjentów, którym będą udzielane usługi medyczne) |
|-----|---|--|--|---|
| 1. | Świadczenie usług medycznych przez lekarza | | | |
| 2. | Świadczenie usług medycznych przez pielęgniarkę/pielęgniara | | | |

Uwaga:

1. W kolumnach, gdzie wskazano, aby podać proponowane wynagrodzenie należy je wskazać dokładnie i zgodnie z opisem w tabeli.
2. Wynagrodzenie należy podać z złotych polskich cyfrowo.
3. Podane wynagrodzenie – stawka za dobę jest niezależna od godziny i dni udzielania świadczeń, w tym niedziele i święta.

INNE POZA CENOWE KRYTERIUM WYBORU OFERTY

| 1. DOŚWIADCZENIE - dotychczasowe świadczenie pracy lub usług w zawodzie | | |
|--|-------------|-----------------------------|
| Do obliczeń stosuje się każdy pełny rok kalendarzowy pracy. Punkty z kolejnych lat nie sumują się. | | |
| DOŚWIADCZENIE W ZAWODZIE | WAGA | Właściwe zaznaczyć X |
| do 2 lat | 0 pkt | |
| od 2 – 5 lat | 1 pkt | |
| powyżej 5 lat | 2 pkt | |
| 2. Okres udzielania świadczeń | | |
| | WAGA | Właściwe zaznaczyć X |
| Zgodny z SWKO | 3 pkt | |
| Krótszy niż określony w SWKO (podać jaki okres) | 0 pkt | |
| Jeśli okres inny proszę wpisać okres od..... | do | |

Wyrażam/nie wyrażam zgodę na kontaktowanie się ze mną przez Udzielającego Zamówienie za pośrednictwem poczty elektronicznej(adres mailowy).

.....

Miejsce, data

.....

Podpis oferenta/ pełnomocnika