

FORMULARZ OFERTY  
Z KRYTERIAMI OCENY PUNKTOWEJ  
FIZJOTERAPEUTA

**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     | Proponowane wynagrodzenie brutto (stawka za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych) | Oferta dotyczy: (adres pacjenta/pacjentów, którym udzielane będą świadczenia fizjoterapeutyczne) |
|----|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. | Świadczenie usług medycznych przez fizjoterapeutę |                                                                                         |                                                                                                  |

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 godzinę jest niezależna od godziny i dni udzielania świadczeń, w tym niedziele i święta.

| INNE POZA CENOWE KRYTERIUM WYBORU OFERTY                                                                                                                                                         |             |                             |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|-----------------------------|
| <b>1. JAKOŚĆ - dotychczasowe doświadczenie w pracy lub usług w zawodzie Fizjoterapeuty</b><br>Do obliczeń stosuje się każdy pełny rok kalendarzowy pracy. Punkty z kolejnych lat nie sumują się. |             |                             |
| <b>DOŚWIADCZENIE W ZAWODZIE FIZJOTERAPEUTY</b>                                                                                                                                                   | <b>WAGA</b> | <b>Właściwe zaznaczyć X</b> |
| do 2 lat                                                                                                                                                                                         | 0 pkt       |                             |
| od 2 – 5 lat                                                                                                                                                                                     | 1 pkt       |                             |
| powyżej 5 lat                                                                                                                                                                                    | 2 pkt       |                             |
| <b>2. KOMPLEKSOWOŚĆ - gotowość do udzielania dodatkowych świadczeń tego samego rodzaju poza harmonogramem</b>                                                                                    |             |                             |
|                                                                                                                                                                                                  | <b>WAGA</b> | <b>Właściwe zaznaczyć X</b> |
| Brak gotowości                                                                                                                                                                                   | 0 pkt       |                             |
| Gotowość                                                                                                                                                                                         | 1 pkt       |                             |
| <b>3. CIĄGŁOŚĆ – w dniu złożenia oferty realizuje świadczenia tego samego rodzaju dla Zamawiającego</b>                                                                                          |             |                             |
|                                                                                                                                                                                                  | <b>WAGA</b> | <b>Właściwe zaznaczyć X</b> |
| Nie realizował                                                                                                                                                                                   | 0 pkt       |                             |
| Realizuje od roku                                                                                                                                                                                | 1 pkt       |                             |
| Realizuje od 3 lat                                                                                                                                                                               | 2 pkt       |                             |
| Realizuje od 5 lat                                                                                                                                                                               | 3 pkt       |                             |
| <b>4. DOSTĘPNOŚĆ</b>                                                                                                                                                                             |             |                             |
|                                                                                                                                                                                                  | <b>WAGA</b> | <b>Właściwe zaznaczyć X</b> |
| Zgodny z SWKO                                                                                                                                                                                    | 3 pkt       |                             |
| Krótszy niż określony w SWKO                                                                                                                                                                     | 0 pkt       |                             |

**DOTYCHCZASOWE ZATRUDNIENIE:**

| od .....<br>do ..... | Nazwa podmiotu<br>lecniczego, oddział | Stanowisko | Forma zatrudnienia |
|----------------------|---------------------------------------|------------|--------------------|
|                      |                                       |            |                    |
|                      |                                       |            |                    |
|                      |                                       |            |                    |
|                      |                                       |            |                    |
|                      |                                       |            |                    |

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

.....  
Miejsce, data

.....  
Podpis oferenta/ pełnomocnika