

FORMULARZ OFERTY  
Z KRYTERIAMI OCENY PUNKTOWEJ  
LEKARZ

**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 (zaznaczyć krzyżykiem) | Proponowane wynagrodzenie brutto (stawka za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych) | Oferowana konkretna liczba godzin udzielania świadczeń zdrowotnych w miesiącu (proszę podać maksymalną deklarowaną ilość godzin) |
|----|------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. | Świadczenie dyżurów lekarskich przez lekarza w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii   |                                                                                           |                                                                                         |                                                                                                                                  |
| 2. | Świadczenie ordynacji lekarskich przez lekarza w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii |                                                                                           |                                                                                         |                                                                                                                                  |

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****1. JAKOŚĆ - punktowane są tylko te kwalifikacje, które mają zastosowanie przy udzielaniu świadczeń określonej części konkursu****1.1. Tytuł specjalisty w dziedzinie:**

| KRYTERIUM                           | WAGA  | Właściwe zaznaczyć X |
|-------------------------------------|-------|----------------------|
| Pediatrya                           | 2 pkt |                      |
| Anestezjologia i intensywna terapia | 2 pkt |                      |

**1.2 DOŚWIADCZENIE W ZAWODZIE LEKARZA**

|               | WAGA  | Właściwe zaznaczyć X |
|---------------|-------|----------------------|
| do 2 lat      | 0 pkt |                      |
| od 2 – 5 lat  | 1 pkt |                      |
| powyżej 5 lat | 2 pkt |                      |

**2. KOMPLEKSOWOŚĆ gotowość do udzielania wszystkich świadczeń**

|                    | WAGA  | Właściwe zaznaczyć X |
|--------------------|-------|----------------------|
| Dyżury i ordynacja | 2 pkt |                      |
| Ordynacja          | 1 pkt |                      |
| Dyżury             | 1 pkt |                      |

### 3. CIĄGŁOŚĆ

#### 3.1 Dotychczasowe nienaganne świadczenie pracy lub usług na rzecz Szpitala Dziecięcego Polanki w Gdańsku

|               | WAGA  | Właściwe zaznaczyć X |
|---------------|-------|----------------------|
| Brak          | 0 pkt |                      |
| Do 2 lat      | 1 pkt |                      |
| Od 2 do 4 lat | 2 pkt |                      |
| Powyżej 4 lat | 3 pkt |                      |

#### 3.2 Przedterminowe rozwiązanie umowy z winy oferenta

|     | WAGA    | Właściwe zaznaczyć X |
|-----|---------|----------------------|
| NIE | -       |                      |
| TAK | - 5 pkt |                      |

### 4. DOSTĘPNOŚĆ

#### 4.1 Deklarowana MAKSYMALNA liczba godzin świadczenia usług w miesiącu:

| LICZBA GODZIN | WAGA  | Właściwe zaznaczyć X |
|---------------|-------|----------------------|
| <120          | 0 pkt |                      |
| 121-160       | 1 pkt |                      |
| 161-180       | 2 pkt |                      |
| 181-240       | 3 pkt |                      |

#### 4.2 Okres udzielania świadczeń

|                                                                  | WAGA  | Właściwe zaznaczyć X |
|------------------------------------------------------------------|-------|----------------------|
| Zgodny z SWKO                                                    | 3 pkt |                      |
| Krótszy niż określony w SWKO ( proszę podać jaki okres)<br>..... | 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