

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:

Lp.	Część konkursu, na który jest składana oferta	Proponowane wynagrodzenie brutto: - % od wartości porady/ Lub - zł za godzinę udzielonych świadczeń	Oferowana konkretna liczba godzin/świadczeń udzielanych w miesiącu (proszę podać maksymalną deklarowaną ilość godzin/świadczeń)
1	Udzielanie porad specjalistycznych w zakresie kardiologii		
2.	Udzielanie porad specjalistycznych w zakresie pediatrii		

Uwaga:

1. W kolumnach, gdzie wskazano, aby podać proponowane wynagrodzenie należy j wskazać dokładnie i zgodnie z opisem w tabeli wyłącznie wg jednego z wybranych sposobów ustalania wynagrodzenia tj jest kwotę brutto za 1 godzinę udzielanych świadczeń bądź % od wartości porady wynikającej z obowiązującej umowy pomiędzy NFZ i Udzielającym Zamówienie.
2. Wynagrodzenie należy podać z złotych polskich cyfrowo.
3. Podane wynagrodzenie – stawka za godzinę/poradę/badanie/konsultację jest niezależna od godziny i dni udzielania świadczeń, w tym niedziele i święta.

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

DOTYCHCZASOWE ZATRUDNIENIE:

od	Nazwa podmiotu lecniczego, oddział	Stanowisko	Forma zatrudnienia
do			

.....

Miejscowość data

.....

Podpis oferenta/ pełnomocnika