

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. JAKOŚĆ - dotychczasowe doświadczenie pracy lub usług w zawodzie Lekarza/ Pielęgniarki
Do obliczeń stosuje się każdy pełny rok kalendarzowy pracy. Punkty z kolejnych lat nie sumują się.

| DOŚWIADCZENIE W ZAWODZIE LEKARZA/PIELĘGNIARKI | 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 leczniczego, oddział | Stanowisko | Forma zatrudnienia |
|----------|-------------------------------------|------------|--------------------|
| do | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

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

.....
Miejsce, data

.....
Podpis oferenta/ pełnomocnika