Załącznik nr 1 do SWKO

FORMULARZ OFERTY
Z KRYTERIAMI OCENY PUNKTOWEJ
PIELĘGNIARKA/PIELĘGNIARZ

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)	Oferowana konkretna liczba godzin udzielania świadczeń zdrowotnych w miesiącu (proszę podać zakres min. i max. liczbę godzin)
1.	Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez **pielęgniarkę/pielęgniarza** na **Oddziale Alergologii, Immunologii i Chorób Płuc**		

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 - dotychczasowe doświadczenie w pracy lub usług w zawodzie Pielęgniarki/Pielęgniarza Do obliczeń stosuje się każdy pełny rok kalendarzowy pracy. Punkty z kolejnych lat nie sumują się.		
DOŚWIADCZENIE W ZAWODZIE PIELĘGNIARKI/PIELĘGNIARZA	**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 do roku	1 pkt	
Realizuje od 1 roku do 3 lat	2 pkt	
Realizuje od 3 lat do 5 lat	3 pkt	
4. DOSTĘPNOŚĆ		
	WAGA	**Właściwe zaznaczyć X**
Zgodny z SWKO	3 pkt	
Krótszy niż określony w SWKO	1 pkt	

DOTYCHCZASOWE ZATRUDNIENIE:

od …..... do ….....	**Nazwa podmiotu leczniczego, 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