Załącznik nr 1 do SWKO

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 – **stawka za godzinę** udzielania świadczeń	Oferowana konkretna liczba godzin w miesiącu (proszę podać **maksymalną deklarowaną liczbę godzin**)
1	Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza w zakresie pełnienia **dyżurów na Oddziałach Szpitala w dni powszednie**		
2	Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza w zakresie pełnienia **dyżurów na Oddziałach Szpitala w dni świąteczne**		
3	RAZEM **– podsumowanie stawek i godzin**		

Uwaga:

1. W kolumnach, gdzie wskazano, aby podać proponowane wynagrodzenie należy je wskazać dokładnie i zgodnie z opisem w tabeli.
2. Wynagrodzenie należy podać w złotych polskich cyfrowo.

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 do 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 powyżej 1 roku	2 pkt	
Realizuje powyżej 3 lat	3 pkt	
4. DOSTĘPNOŚĆ – liczba godzin		
	WAGA	**Właściwe zaznaczyć X**
Zgodny z SWKO	3 pkt	
Mniejsza niż określona w SWKO	0 pkt	

DOTYCHCZASOWE ZATRUDNIENIE:

od …..... do ….....	**Nazwa podmiotu leczniczego, oddział**	**Stanowisko**	**Forma zatrudnienia**

……..... ……

Miejscowość, data Podpis oferenta / pełnomocnika