

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 na Izbie Przyjęć			

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. KWALIFIKACJE ZAWODOWE - 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
Pediatra	2 pkt	

**2. DOŚWIADCZENIE - dotychczasowe świadczenie 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	

**3. WCZEŚNIEJSZA WSPÓŁPRACA****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. DYSPozyCYJNOŚĆ****4.1 Deklarowana MAKSYMALNA liczba godzin świadczenia usług w miesiącu:**

LICZBA GODZIN	WAGA	Właściwe zaznaczyć X
<120	0 pkt	
121-160	1 pkt	
161-200	2 pkt	
201-240	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) .....	0 pkt	

**DOTYCHCZASOWE ZATRUDNIENIE:**

od ..... do .....	Nazwa podmiotu lecniczego, oddział	Stanowisko	Forma zatrudnienia

.....

Miejsce, data

.....

Podpis oferenta/ pełnomocnika