

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 .....

Lp	Część konkursu, na który jest składana oferta	Proponowane wynagrodzenie brutto w % (% od wartości porady/badania/ konsultacji lub zabiegu określonej w cenniku Udzielającego Zamówienie)	Oferowana konkretna liczba godzin/świadczeń udzielanych w miesiącu (proszę podać maksymalną oferowaną ilość godzin/świadczeń)
1.	Zabiegi na w Oddziale leczenia jednego dnia		

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.

<b>INNE POZA CENOWE KRYTERIUM WYBORU OFERTY</b>		
<b>1. KWALIFIKACJE ZAWODOWE - punktowane są tylko te kwalifikacje, które mają zastosowanie przy udzielaniu świadczeń określonej części konkursu</b>		
<b>1.1. Tytuł specjalisty w dziedzinie:</b>		
<b>KRYTERIUM</b>	<b>WAGA</b>	<b>Właściwe zaznaczyć X</b>
chirurgii urazowo-ortopedycznej lub chirurgii dziecięcej lub otorynolaryngologii	2 pkt	
<b>2. DOŚWIADCZENIE - dotychczasowe świadczenie pracy lub usług w zawodzie lekarza</b> Do obliczeń stosuje się każdy pełny rok kalendarzowy pracy. Punkty z kolejnych lat nie sumują się.		
<b>DOŚWIADCZENIE W ZAWODZIE LEKARZA</b>	<b>WAGA</b>	<b>Właściwe zaznaczyć X</b>
do 2 lat	0 pkt	
od 2 – 5 lat	1 pkt	
powyżej 5 lat	2 pkt	
<b>3. WCZEŚNIEJSZA WSPÓŁPRACA</b>		
<b>3.1 Dotychczasowe nienaganne świadczenie pracy lub usług na rzecz Szpitala Dziecięcego Polanki w Gdańsku</b>		
	<b>WAGA</b>	<b>Właściwe zaznaczyć X</b>
Brak	0 pkt	
Do 2 lat	1 pkt	
Od 2 do 4 lat	2 pkt	
Powyżej 4 lat	3 pkt	
<b>3.2 Przedterminowe rozwiązanie umowy z winy oferenta</b>		
	<b>WAGA</b>	<b>Właściwe zaznaczyć X</b>
NIE	-	
TAK	- 5 pkt	
<b>4. DYSPOZYCYJNOŚĆ</b>		

4.1 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

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

.....  
Miejsce, data

.....  
Podpis oferenta/ pełnomocnika