

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:
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.
4. Proponowane wynagrodzenie **nie obejmuje** dodatku dla pielęgniarek/położnych tj. wzrostu wynagrodzenia wynikającego z przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 14 października 2015 roku zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z dnia 8 września 2015 roku (Dz.U. z 2015 r. poz. 1628).

INNE POZA CENOWE KRYTERIUM WYBORU OFERTY

1. DOŚWIADCZENIE - dotychczasowe świadczenie pracy lub usług w zawodzie		
Do obliczeń stosuje się każdy pełny rok kalendarzowy pracy. Punkty z kolejnych lat nie sumują się.		
DOŚWIADCZENIE W ZAWODZIE	WAGA	Właściwe zaznaczyć X
do 2 lat	0 pkt	
od 2 – 5 lat	1 pkt	
powyżej 5 lat	2 pkt	
2. Okres udzielania świadczeń		
	WAGA	Właściwe zaznaczyć X
Zgodny z SWKO	3 pkt	
Krótszy niż określony w SWKO (podać jaki okres)	0 pkt	
Jeśli okres inny proszę wpisać okres od.....		do

.....

Miejsce, data

.....

Podpis oferenta/ pełnomocnika