

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 | Proponowane wynagrodzenie brutto (stawka za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w dni powszednie) | Proponowane wynagrodzenie brutto (stawka za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w soboty, niedziele i święta) | Oferowana konkretna liczba godzin udzielania świadczeń zdrowotnych w miesiącu (proszę podać minimalną i maksymalną deklarowaną ilość godzin) |
|----|---|--|--|--|
| 1. | Świadczenie dyżurów lekarskich przez lekarza w Poradni Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej | | | |

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.

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 |
|-------------------|-------|----------------------|
| BRAK | 0 pkt | |
| Tytuł Specjalisty | 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 <u>MAKSYMALNA</u> liczba godzin świadczenia usług w miesiącu: | | |
| LICZBA GODZIN | WAGA | Właściwe zaznaczyć X |
| 0-30 | 0 pkt | |
| 31-60 | 1 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 | Nazwa podmiotu lecniczego, oddział | Stanowisko | Forma zatrudnienia |
|----------|---------------------------------------|------------|--------------------|
| do | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

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

.....
Miejsce, data

.....
Podpis oferenta/ pełnomocnika