

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	
<b>4. DYSPOZYCYJNOŚĆ</b>		
<b>4.1 Deklarowana <u>MAKSYMALNA</u> liczba godzin świadczenia usług w miesiącu:</b>		
<b>LICZBA GODZIN</b>	<b>WAGA</b>	<b>Właściwe zaznaczyć X</b>
0-30	0 pkt	
31-60	1 pkt	
<b>4.2 Okres udzielania świadczeń</b>		
	<b>WAGA</b>	<b>Właściwe zaznaczyć X</b>
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