

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 w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii | | | |
| 2. | Świadczenie ordynacji lekarskich przez lekarza w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii | | | |

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 |
|---|-------|----------------------|
| Pediatria | 2 pkt | |
| Kardiologia/ Kardiologia dziecięca/ Kardiochirurgia | 2 pkt | |
| Chirurgia/ Chirurgia dziecięca | 2 pkt | |
| Neurologia/ Neurologia dziecięca | 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