

FORMULARZ OFERTY
Z KRYTERIAMI OCENY PUNKTOWEJ
PIELĘGNIARKA/PIELĘGNIARZ

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)	Oferowana konkretna liczba godzin udzielania świadczeń zdrowotnych w miesiącu (proszę podać zakres min. i max. ilość godzin)
1.	Świadczenie usług medycznych przez pielęgniarkę/pielęgniara w Oddziałach Szpitalnych		

Główne miejsce pracy:
(proszę wpisać nazwę deklarowanego oddziału)

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 Wykształcenie w dziedzinie (Tylko jedna opcja – punkty nie sumują się)		
KRYTERIUM	WAGA	Właściwe zaznaczyć X
Magister pielęgniarstwa/położnictwa	2 pkt	
Licencjat pielęgniarstwa/położnictwa	1 pkt	
1.2. Tytuł specjalisty w dziedzinie:		
KRYTERIUM	WAGA	Właściwe zaznaczyć X
Pielęgniarstwo pediatryczne	2 pkt	
Pielęgniarstwo anestezjologiczne i intensywnej opieki	2 pkt	
Pielęgniarstwo neonatologiczne	2 pkt	
Pielęgniarstwo internistyczne	2 pkt	
1.3. Kursy kwalifikacyjne w dziedzinie:		
KRYTERIUM	WAGA	Właściwe zaznaczyć X
Pielęgniarstwo pediatryczne	1 pkt	
Pielęgniarstwo anestezjologiczne i intensywnej opieki	1 pkt	
Pielęgniarstwo neonatologiczne	1 pkt	
Pielęgniarstwo internistyczne	1 pkt	
Punkty uzyskane w części 1 kwalifikacji sumują się. Nie sumują się punkty za specjalizację i kurs z tej samej dziedziny. (Kwalifikacje należy potwierdzić załączeniem kserokopii stosownego dokumentu) .		

2. DOŚWIADCZENIE - dotychczasowe świadczenie pracy lub usług w zawodzie pielęgniarki/położnej

Do obliczeń stosuje się każdy pełny rok kalendarzowy pracy. Punkty z kolejnych lat nie sumują się.

DOŚWIADCZENIE W ZAWODZIE PIELEŃNIARKI	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 Gotowość do pełnienia dyżurów poza ustalonym grafikiem w sytuacjach losowych

	WAGA	Właściwe zaznaczyć X
TAK	1 pkt	
NIE	0 pkt	

4.3 Okres udzielania świadczeń

	WAGA	Właściwe zaznaczyć X
Zgodny z SWKO	3 pkt	
Krótszy niż określony w SWKO	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