

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

Oferta na udzielanie świadczeń zdrowotnych:

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 maksymalną deklarowaną ilość godzin)
1.	Świadczenie dyżurów lekarskich przez lekarza na Oddziałach Szpitalnych		

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
Pediatra	2 pkt	
Inna specjalizacja	1 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
<100	0 pkt	
101-120	1 pkt	
121-140	2 pkt	
141-180	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 leczniczego, 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