

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:

Lp	Część konkursu, na który jest składana oferta	Wskazanie Oferenta dotyczące części, na którą składana jest oferta <i>(zaznaczyć krzyżykiem)</i>	Proponowane wynagrodzenie - % od wartości porady	Proponowane wynagrodzenie – stawka w zł za 1 konsultację	Oferowana konkretna liczba godzin/porad udzielanych w miesiącu (proszę podać maksymalną deklarowaną ilość godzin/porad)
1.	Udzielanie porad specjalistycznych w zakresie neurologii			-	
2.	Udzielanie porad specjalistycznych w zakresie alergologii			-	
3.	Udzielanie porad specjalistycznych w zakresie kardiologii			-	
4.	Udzielanie konsultacji specjalistycznych w zakresie kardiologii		-		

Uwaga:

1. W kolumnach, gdzie wskazano, aby podać proponowane wynagrodzenie należy je wskazać dokładnie i zgodnie z opisem w tabeli.
2. Wynagrodzenie należy podać w % od wartości porady określonej w cenniku Udzielającego Zamówienie.
3. Podane wynagrodzenie – stawka za godzinę/poradę/badanie/konsultację 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	
Kariologia/ Kardiologia dziecięca/ Kardiochirurgia	2 pkt	
Alergologia	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 8 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		
4.2 Gotowość do pełnienia udzielania świadczeń 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).

.....

Miejscowość data

.....

Podpis oferenta/ pełnomocnika