**Załącznik nr 1 do SWKO**

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 na Oddziałach Szpitala | | |

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**<br>Do obliczeń stosuje się każdy pełny rok kalendarzowy pracy. Punkty z kolejnych lat nie sumują się. | | |
| **DOŚWIADCZENIE W ZAWODZIE PIELĘGNIARKI** | **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 ….....<br>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