

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 (zaznaczyć krzyżykiem) | 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 nefrologii       |   |  | -  |   |
| 2.  | Udzielanie porad specjalistycznych w zakresie endokrynologii   |   |  | -  |   |
| 3.  | Udzielanie porad specjalistycznych w zakresie chorób płuc      |   |  | -  |   |
| 4.  | Udzielanie porad specjalistycznych w zakresie alergologii      |   |  | -  |   |
| 5.  | Udzielanie porad specjalistycznych w zakresie kardiologii      |   |  | -  |   |
| 6.  | Udzielanie konsultacji specjalistycznych w zakresie neurologii |   | -  |  |   |

Uwaga:

1. W kolumnach, gdzie wskazano, aby podać proponowane wynagrodzenie należy je wskazać dokładnie i zgodnie z opisem w tabeli.
2. Wynagrodzenie na porady należy podać w % od wartości porady wynikających z obowiązującej umowy pomiędzy NFZ i Udzielającym Zamówienie.
3. Informację o wartości poszczególnych porad można uzyskać w Dziale Statystyki Szpitala Dziecięcego Polanki.
4. 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 |
|--|-------|----------------------|
| Pediatrya  | 2 pkt |                      |
| Kariologia/ Kardiologia dziecięca/ Kardiochirurgia | 2 pkt |                      |
| Alergologia  | 2 pkt |                      |
| Nefrologia   | 2 pkt |                      |
| Endokrynologia                                     | 2 pkt |                      |

|   |             |                                 |
|---|-------------|---------------------------------|
| Neurologia/Neurologia dziecięca   | 2 pkt       |                                 |
| Choroby płuc/Choroby płuc dzieci  | 2 pkt       |                                 |
| <b>2. DOŚWIADCZENIE - dotychczasowe świadczenie pracy lub usług w zawodzie lekarza</b>                          |             |                                 |
| Do obliczeń stosuje się każdy pełny rok kalendarzowy pracy. Punkty z kolejnych lat nie sumują się.              |             |                                 |
| <b>DOŚWIADCZENIE W ZAWODZIE LEKARZA</b>   | <b>WAGA</b> | <b>Właściwe<br/>zaznaczyć X</b> |
| do 2 lat  | 0 pkt       |                                 |
| od 2 – 5 lat  | 1 pkt       |                                 |
| powyżej 8 lat   | 2 pkt       |                                 |
| <b>3. WCZEŚNIEJSZA WSPÓŁPRACA</b>   |             |                                 |
| <b>3.1 Dotychczasowe nienaganne świadczenie pracy lub usług na rzecz Szpitala Dziecięcego Polanki w Gdańsku</b> |             |                                 |
|   | <b>WAGA</b> | <b>Właściwe<br/>zaznaczyć X</b> |
| Brak  | 0 pkt       |                                 |
| Do 2 lat  | 1 pkt       |                                 |
| Od 2 do 4 lat   | 2 pkt       |                                 |
| Powyżej 4 lat   | 3 pkt       |                                 |
| <b>3.2 Przedterminowe rozwiązanie umowy z winy oferenta</b>   |             |                                 |
|   | <b>WAGA</b> | <b>Właściwe<br/>zaznaczyć X</b> |
| NIE   | -           |                                 |
| TAK   | - 5 pkt     |                                 |
| <b>4. DYSPOZYCYJNOŚĆ</b>  |             |                                 |
| <b>4.2 Gotowość do pełnienia udzielania świadczeń poza ustalonym grafikiem w sytuacjach losowych</b>            |             |                                 |
|   | <b>WAGA</b> | <b>Właściwe<br/>zaznaczyć X</b> |
| TAK   | 1 pkt       |                                 |
| NIE   | 0 pkt       |                                 |
| <b>4.3 Okres udzielania świadczeń</b>   |             |                                 |
|   | <b>WAGA</b> | <b>Właściwe<br/>zaznaczyć X</b> |
| Zgodny z SWKO   | 3 pkt       |                                 |
| Krótszy niż określony w SWKO  | 0 pkt       |                                 |

**DOTYCHCZASOWE ZATRUDNIENIE:**

| od ..... | Nazwa podmiotu<br>lecniczego, oddział | Stanowisko | Forma zatrudnienia |
|----------|---------------------------------------|------------|--------------------|
| do ..... |                                       |            |                    |
|          |                                       |            |                    |
|          |                                       |            |                    |
|          |                                       |            |                    |
|          |                                       |            |                    |

Wyrażam/nie wyrażam zgodę na kontaktowanie się ze mną przez Udzielającego Zamówienie za pośrednictwem poczty elektronicznej .....(adres mailowy).

.....  
Miejscowość data

.....  
Podpis oferenta/ pełnomocnika