

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.

<b>INNE POZA CENOWE KRYTERIUM WYBORU OFERTY</b>		
<b>1. JAKOŚĆ - dotychczasowe doświadczenie w pracy lub usług w zawodzie Pielęgniarki/Pielęgniarza</b> Do obliczeń stosuje się każdy pełny rok kalendarzowy pracy. Punkty z kolejnych lat nie sumują się.		
<b>DOŚWIADCZENIE W ZAWODZIE PIEŁĘGNIARKI</b>	<b>WAGA</b>	<b>Właściwe zaznaczyć X</b>
do 2 lat	0 pkt	
od 2 – 5 lat	1 pkt	
powyżej 5 lat	2 pkt	
<b>2. KOMPLEKSOWOŚĆ - gotowość do udzielania dodatkowych świadczeń tego samego rodzaju poza harmonogramem</b>		
	<b>WAGA</b>	<b>Właściwe zaznaczyć X</b>
Brak gotowości	0 pkt	
Gotowość	1 pkt	
<b>3. CIĄGŁOŚĆ – w dniu złożenia oferty realizuje świadczenia tego samego rodzaju dla Zamawiającego</b>		
	<b>WAGA</b>	<b>Właściwe zaznaczyć X</b>
Nie realizował	0 pkt	
Realizuje od roku	1 pkt	
Realizuje od 3 lat	2 pkt	
Realizuje od 5 lat	3 pkt	
<b>4. DOSTĘPNOŚĆ</b>		
	<b>WAGA</b>	<b>Właściwe zaznaczyć X</b>
Większa niż określona w SWKO	3 pkt	
Zgodny z SWKO	2 pkt	
Krótszy niż określony w SWKO	0 pkt	

**DOTYCHCZASOWE ZATRUDNIENIE:**

od .....	Nazwa podmiotu leczniczego, oddział	Stanowisko	Forma zatrudnienia
do .....			

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

.....  
Miejsce, data

.....  
Podpis oferenta/ pełnomocnika