

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 minimalną i maksymalną deklarowaną ilość godzin)
1.	Świadczenie usług medycznych przez pielęgniarkę/pielęgniara na Izbie Przyjęć oraz w Poradni Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej		

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. JAKOŚĆ - dotychczasowe doświadczenie w pracy lub usług w zawodzie Pielęgniarki/Pielęgniarza
Do obliczeń stosuje się każdy pełny rok kalendarzowy pracy. Punkty z kolejnych lat nie sumują się.

DOŚWIADCZENIE W ZAWODZIE PIEŁĘGNIARKI	WAGA	Właściwe zaznaczyć X
do 2 lat	0 pkt	
od 2 – 5 lat	1 pkt	
powyżej 5 lat	2 pkt	

2. KOMPLEKSOWOŚĆ - gotowość do udzielania dodatkowych świadczeń tego samego rodzaju poza harmonogramem

	WAGA	Właściwe zaznaczyć X
Brak gotowości	0 pkt	
Gotowość	1 pkt	

3. CIĄGŁOŚĆ – w dniu złożenia oferty realizuje świadczenia tego samego rodzaju dla Zamawiającego

	WAGA	Właściwe zaznaczyć X
Nie realizował	0 pkt	
Realizuje od roku	1 pkt	
Realizuje od 3 lat	2 pkt	
Realizuje od 5 lat	3 pkt	

4. DOSTĘPNOŚĆ – czas trwania umowy

	WAGA	Właściwe zaznaczyć X
Zgodny z SWKO	3 pkt	
Krótszy niż określony w SWKO	0 pkt	

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

DOTYCHCZASOWE ZATRUDNIENIE:

od do	Nazwa podmiotu lecniczego, oddział	Stanowisko	Forma zatrudnienia

.....
Miejsce, data

.....
Podpis oferenta/ pełnomocnika