

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 w:

Lp.	Część konkursu, na który jest składana oferta	Proponowane wynagrodzenie brutto w % (% od wartości zabiegu określonej w cenniku Udzielającego Zamówienie)	Oferowana konkretna liczba godzin udzielanych w miesiącu (proszę podać maksymalną deklarowaną ilość godzin)
1	Zabiegi na Oddziale Leczenia Jednego Dnia		

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 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 pracy lub usług w zawodzie Lekarza**

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 zaznaczyć X</b>
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**

	<b>WAGA</b>	<b>Właściwe zaznaczyć X</b>
Brak gotowości	0 pkt	
Gotowość	1 pkt	

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

	<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	

**4. DOSTĘPNOŚĆ**

	<b>WAGA</b>	<b>Właściwe zaznaczyć X</b>
Zgodny z SWKO	3 pkt	
Krótszy niż określony w SWKO	0 pkt	

**DOTYCHCZASOWE ZATRUDNIENIE:**

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

.....

Miejscowość data

.....

Podpis oferenta/ pełnomocnika