

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 (stawka za 1 badanie / za opis badania) | Oferowana konkretna liczba godzin udzielanych w miesiącu (proszę podać maksymalną deklarowaną ilość godzin) |
|-----|--|--|---|
| 1 | Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywania badań z zakresu diagnostyki obrazowej: ECHO, opis EKG. | | |

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 badanie/opis badania 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.

| DOŚWIADCZENIE W ZAWODZIE LEKARZA | 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

| | WAGA | Właściwe zaznaczyć X |
|------------------------------|-------------|---------------------------------|
| 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