

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 <b>1 badanie/opis badania/</b> w przypadku pkt. 4 – udzielanie świadczeń w trybie pilnym - <b>za każdą rozpoczętą godzinę pracy</b> ) | Oferowana konkretna liczba badań/opisów badań w miesiącu (proszę podać maksymalną deklarowaną liczbę badań/opisów badań) |
|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1   | Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie <b>opisów badań RTG w <u>trybie planowym</u>.</b>                                                         |                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                          |
| 2   | Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie <b>badania i opisów badań TK z kontrastem w <u>trybie planowym</u>.</b>                                   |                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                          |
| 3   | Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie <b>badania i opisów badań TK bez kontrastu w <u>trybie planowym</u>.</b>                                  |                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                          |
| 4.  | Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie <b>opisów badań RTG oraz badań i opisów badań TK z kontrastem i bez kontrastu w <u>trybie pilnym</u>.</b> |                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                          |

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                                                                      |             |                             |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|-----------------------------|
| <b>1. JAKOŚĆ - dotychczasowe doświadczenie 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 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 – ilość świadczeń</b>                                                                        |             |                             |
|                                                                                                               | <b>WAGA</b> | <b>Właściwe zaznaczyć X</b> |
| Zgodny z SWKO                                                                                                 | 3 pkt       |                             |
| Mniejsza niż określona w SWKO                                                                                 | 0 pkt       |                             |

**DOTYCHCZASOWE ZATRUDNIENIE:**

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

.....

Miejscowość, data

.....

Podpis oferenta / pełnomocnika