

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 części (*właściwe zaznaczyć krzyżykiem)

Lp	Część konkursu, na który jest składana oferta	Wskazanie Oferenta dotyczące części, na którą składana jest oferta (zaznaczyć krzyżykiem)	Proponowane wynagrodzenie brutto (za 1poradę/ badanie/konsultację lub % od wartości porady/badania/konsultacji lub zabiegu)	Oferowana konkretna liczba godzin/świadczeń udzielanych w miesiącu (proszę podać maksymalną deklarowaną ilość godzin/świadczeń)
1.	Udzielanie porad specjalistycznych w zakresie nefrologii			
2.	Udzielanie porad specjalistycznych w zakresie alergologii			
3.	Udzielanie porad specjalistycznych w zakresie endokrynologii			

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/poradę/badanie/konsultację jest niezależna od godziny i dni udzielania świadczeń, w tym niedziele i święta.

INNE POZA CENOWE KRYTERIUM WYBORU OFERTY

1. KWALIFIKACJE ZAWODOWE - punktowane są tylko te kwalifikacje, które mają zastosowanie przy udzielaniu świadczeń określonej części konkursu

1.1. Tytuł specjalisty w dziedzinie:

KRYTERIUM	WAGA	Właściwe zaznaczyć X
Anestezjologia i Intensywna terapia/ Anestezjologia i reanimacja	2 pkt	
Pediatrya	2 pkt	
Alergologia	2 pkt	
Choroby płuc/ Choroby płuc dzieci	2 pkt	
Neonatologia	2 pkt	
Kariologia/ Kardiologia dziecięca/ Kardiochirurgia	2 pkt	
Chirurgia/ Chirurgia dziecięca	2 pkt	
Neurologia/ Neurologia dziecięca	2 pkt	
Nefrologia/ Nefrologia dziecięca	2 pkt	
Radiologia i diagnostyka obrazowa	2 pkt	
Gastroenterologia/ Gastroenterologia dziecięca/ Otolaryngologia	2 pkt	
Endokrynologia	2pkt	
Immunologia kliniczna	2pkt	

Inne	2 pkt	
2. DOŚWIADCZENIE - dotychczasowe świadczenie 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 8 lat	2 pkt	
3. WCZEŚNIEJSZA WSPÓŁPRACA		
3.1 Dotychczasowe nienaganne świadczenie pracy lub usług na rzecz Szpitala Dziecięcego Polanki w Gdańsku		
	WAGA	Właściwe zaznaczyć X
Brak	0 pkt	
Do 2 lat	1 pkt	
Od 2 do 4 lat	2 pkt	
Powyżej 4 lat	3 pkt	
3.2 Przedterminowe rozwiązanie umowy z winy oferenta		
	WAGA	Właściwe zaznaczyć X
NIE	-	
TAK	- 5 pkt	
4. DYSPOZYCYJNOŚĆ		
4.2 Gotowość do pełnienia udzielania świadczeń poza ustalonym grafikiem w sytuacjach losowych		
	WAGA	Właściwe zaznaczyć X
TAK	1 pkt	
NIE	0 pkt	
4.3 Okres udzielania świadczeń		
	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