**Konkurs nr 122/2022 Załącznik nr 1**

**FORMULARZ OFERTOWY**

**Z KRYTERIAMI OCENY PUNKTOWEJ**

(Warunki lokalowe, wyposażenia w aparaturę i sprzęt medyczny oraz środki transportu i łączności zapewnia Udzielający zamówienia)

**DANE OFERENTA:**

Imię i Nazwisko:…………………….……………………………….……………………………..

Nazwa, siedziba i adres prowadzenia działalności gospodarczej (zgodnie z CEIDG):

…………………………………………………………………………………….……………………

…………………………………………………………………………………….……………………

Telefon: ……………………….……… e-mail : …………………………………………………….…

NIP: ………………………………………….. REGON: ………………….…………………………

Oferuję udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy w następujących zakresach:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p** | **Zakres, na który jest składana oferta** | **Wskazanie Oferenta** | **Proponowane wynagrodzenie** | **Oferowana liczba godzin świadczenia usług w przedziale**  **od min-do max** |
| **1.** | **2.** | **3.** | **4.** | **5.** |
| 1. | **III.1. Udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach kontraktu lekarskiego w Zakładzie Diagnostyki Obrazowej.** |  | Proponowana stawka za 1 punkt rozliczeniowy zgodnie z wewnętrznym katalogiem rozliczeniowym | Oferowana liczba godzin świadczenia usług w przedziale  od min-do max |
|  |
| 2. | **III.2. Udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach kontraktu lekarskiego w Oddziale Hematologii i Transplantologii Szpiku – ordynacja i/lub dyżury lekarskie i/lub świadczenia w Poradni Hematologicznej.** | **III.2.1** | Proponowana stawka za 1h udzielania świadczeń w ramach ordynacji | Oferowana liczba godzin świadczenia usług w przedziale  od min-do max |
|  |
| **III.2.2** | Proponowana stawka za 1h udzielania świadczeń w ramach dyżuru lekarskiego w dni powszednie, soboty, niedziele i święta |
|  |
| **III.2.3** | Proponowana stawka za 1h udzielania świadczeń w Poradni Hematologicznej |
|  |
| 3. | **III.3. Udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach kontraktu lekarskiego w Oddziale Hematologii i Transplantologii Szpiku – ordynacja i/lub dyżury lekarskie i/lub świadczenia w Poradni Hematologicznej wraz z kierowaniem oddziałem i poradnią i nadzorem w Laboratorium Diagnostyki Hematologicznej.** | **III.3.1** | Proponowana stawka za 1h udzielania świadczeń w ramach ordynacji | Oferowana liczba godzin świadczenia usług w przedziale  od min-do max |
| **III.3.2** | Proponowana stawka za 1h udzielania świadczeń w ramach dyżuru lekarskiego w dni powszednie, soboty, niedziele i święta |
|  |
| **III.3.3** | Proponowana stawka za 1h udzielania świadczeń w Poradni Hematologicznej |
|  |
| **III.3.4** | Proponowane wynagrodzenie - stawka ryczałtowa za miesiąc kalendarzowy kierowania oddziałem i poradnią i nadzór w Laboratorium Diagnostyki Hematologicznej |
|  |
| 4. | **III.4. Udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach kontraktu lekarskiego w Oddziale Pulmonologii – ordynacja i/lub dyżury lekarskie.** | **III.4.1** | Proponowana stawka za 1h udzielania świadczeń w ramach ordynacji | Oferowana liczba godzin świadczenia usług w przedziale  od min-do max |
|  |
| **III.4.2** | Proponowana stawka za 1h udzielania świadczeń w ramach dyżuru lekarskiego w dni powszednie, soboty, niedziele i święta |
|  |
| 5. | **III.5. Udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach kontraktu lekarskiego w Oddziale Chirurgii Onkologicznej z pododdziałem chirurgii nowotworów piersi, skóry i tkanek miękkich – ordynacja, dyżury i dyżury „pod telefonem” oraz udzielanie porad ambulatoryjnych w zakresie lekarza specjalisty - chirurga onkologa w Poradni Chirurgii Onkologicznej.** |  | Proponowana stawka za 1h udzielania świadczeń w ramach ordynacji | Oferowana liczba godzin świadczenia usług w przedziale  od min-do max |
|  |
| Proponowana stawka za 1h udzielania świadczeń w ramach dyżuru lekarskiego w dni powszednie, soboty |
|  |
| Proponowana stawka za 1h udzielania świadczeń w ramach dyżuru lekarskiego w niedziele i święta |
|  |
| Proponowana stawka za 1 punkt od procedury chirurgicznej stanowiącej 20% liczby punktów prawidłowo sprawozdanych i rozliczonych do NFZ zgodnie z katalogiem ambulatoryjnych grup świadczeń specjalistycznych - zabiegowych - usługa w Poradni Chirurgii Onkologicznej\* |
| Stawka za 1 punkt ………………… |
| Proponowana stawka za 1 poradę onkologiczną w zł \* |
|  |
| Proponowane wynagrodzenie za 1 poradę recepturową (W02) w zakresie chirurgii onkologicznej prawidłowo sprawozdaną i rozliczoną przez NFZ w ramach Poradni Onkologicznej\* |
|  |
| Proponowana stawka za 1 biopsję gruboigłową pod kontrolą USG lub mammografii prawidłowo zakodowaną i rozliczoną z NFZ – w zł\* |
|  |
| Proponowana stawka za 1 punkt za wykonywanie zabiegu z zakresu chirurgii onkologicznej na Bloku Operacyjnym – stanowiącego 10% liczby punktów prawidłowo sprawozdanych i rozliczonych do NFZ\*\* |
| Stawka za 1 punkt …………. |
| Proponowane wynagrodzenie za wykonywanie zabiegów z zakresu chirurgii onkologicznej realizowanych na Bloku Operacyjnym dla innych oddziałów zabiegowych Spółki – stawka za wykonanie 1 zabiegu\* |
|  |
| Proponowana stawka za 1h świadczenia dyżuru „pod telefonem” |
|  |
| 6. | **III.6. Udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach kontraktu lekarskiego w Oddziale Ginekologii Onkologicznej – ordynacja i/lub dyżury pod telefonem, zabiegi i/lub świadczenia zdrowotne w zakresie ginekologii onkologicznej w ramach Poradni Onkologicznej.** | **III.6.1.** | Proponowana stawka za 1h udzielania świadczeń w ramach ordynacji | Oferowana liczba godzin świadczenia usług w przedziale  od min-do max |
|  |
| **III.6.2.** | Proponowana stawka za 1h udzielania świadczeń w ramach dyżuru lekarskiego |
|  |
| **III.6.3.** | Proponowana wynagrodzenie - stawka ryczałtowa za miesiąc kalendarzowy świadczenia dyżurów pod telefonem z dojazdem do szpitala po wezwaniu maksymalnie w ciągu 45 minut |
|  |
| **III.6.4** | Proponowana stawka za 1 punkt za wykonywanie zabiegu w ramach hospitalizacji jednodniowej w Oddziale Ginekologii Onkologicznej stanowiącego 12% liczby punktów prawidłowo sprawozdanych i rozliczonych do NFZ\*\* |
| Stawka za 1 punk …………….. |
| **III.6.5.** | Proponowana stawka za 1 punkt za wykonywanie zabiegu przez lekarza Operatora w ramach Oddziału Ginekologii Onkologicznej – stanowiącego 10% liczby punktów prawidłowo sprawozdanych i rozliczonych do NFZ\*\* |
| Stawka za 1 punkt ……………… |
| Proponowana stawka za 1 punkt za wykonywanie zabiegu przez lekarza Pierwszego Asystę w ramach Oddziału Ginekologii Onkologicznej – stanowiącego 4% liczby punktów prawidłowo sprawozdanych i rozliczonych do NFZ\*\* |
| Stawka za 1 punkt ……………… |
| **III.6.6.** | Proponowane wynagrodzenie za 1 poradę w zakresie ginekologii onkologicznej prawidłowo sprawozdanej i rozliczonej przez NFZ w ramach Poradni Onkologicznej\* |
|  |
| Proponowane wynagrodzenie za 1 poradę recepturową (W02) w zakresie ginekologii onkologicznej prawidłowo sprawozdana i rozliczoną przez NFZ w ramach Poradni Onkologicznej\* |
|  |
| 7. | **III.7. Udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach kontraktu lekarskiego w Oddziale Ginekologii Onkologicznej – ordynacja i/lub dyżury pod telefonem, zabiegi wraz z kierowaniem oddziałem i/lub świadczenia zdrowotne w zakresie ginekologii onkologicznej w ramach Poradni Onkologicznej.** | **III.7.1.** | Proponowana stawka za 1h udzielania świadczeń w ramach ordynacji | Oferowana liczba godzin świadczenia usług w przedziale  od min-do max |
|  |
| **III.7.2.** | Proponowana stawka za 1h udzielania świadczeń w ramach dyżuru lekarskiego |
|  |
| **III.7.3.** | Proponowana wynagrodzenie - stawka ryczałtowa za miesiąc kalendarzowy świadczenia dyżurów pod telefonem z dojazdem do szpitala po wezwaniu maksymalnie w ciągu 45 minut |
|  |
| **III.7.4.** | Proponowana stawka za 1 punkt za wykonywanie zabiegu w ramach hospitalizacji jednodniowej w Oddziale Ginekologii Onkologicznej stanowiącego 12% liczby punktów prawidłowo sprawozdanych i rozliczonych do NFZ \*\* |
| Stawka za 1 punkt ……………… |
| **III.7.5** | Proponowana stawka za 1 punkt za wykonywanie zabiegu przez lekarza Operatora w ramach Oddziału Ginekologii Onkologicznej – stanowiącego 10% liczby punktów prawidłowo sprawozdanych i rozliczonych do NFZ\*\* |
| Stawka za 1 punkt ……………… |
| **III.7.6.** | Proponowana stawka za 1 punkt za wykonywanie zabiegu przez lekarza Pierwszego Asystę w ramach Oddziału Ginekologii Onkologicznej – stanowiącego 4% liczby punktów prawidłowo sprawozdanych i rozliczonych do NFZ\*\* |
| Stawka za 1 punkt ……………… |
| **III.7.7.** | Proponowane wynagrodzenie za 1 poradę w zakresie ginekologii onkologicznej prawidłowo sprawozdanej i rozliczonej przez NFZ w ramach Poradni Onkologicznej\* |
|  |
| Proponowane wynagrodzenie za 1 poradę recepturową (W02) w zakresie ginekologii onkologicznej prawidłowo sprawozdana i rozliczoną przez NFZ w ramach Poradni Onkologicznej\* |
|  |
| **III.7.8.** | Proponowane wynagrodzenie - stawka ryczałtowa za miesiąc kalendarzowy kierowania oddziałem |
|  |
| 8. | **III.8. Udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach kontraktu lekarskiego w Zakładzie Medycyny Nuklearnej w zakresie specjalisty medycyny nuklearnej.** |  | Proponowana stawka za 1h udzielania świadczeń zdrowotnych | Oferowana liczba godzin świadczenia usług w przedziale  od min-do max |
|  |
| 9. | **III.9. Udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach kontraktu lekarskiego – konsultacje specjalistyczne w dziedzinie okulistyki dziecięcej – na wezwanie telefoniczne.** |  | Proponowana stawka za 1 konsultację w trybie zwykłym | Oferowana liczba godzin świadczenia usług w przedziale  od min-do max |
|  |
| Proponowana stawka za 1 konsultację w trybie pilnym |
|  |
| 10. | **III.10. Udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach kontraktu lekarskiego w Poradni Chorób Płuc.** |  | Proponowana stawka za 1h udzielania świadczeń zdrowotnych w poradni | Oferowana liczba godzin świadczenia usług w przedziale  od min-do max |
|  |
| 11. | **III.11. Udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach kontraktu lekarskiego w Poradni Ginekologiczno-Położniczej.** |  | Proponowana stawka za 1h udzielania świadczeń zdrowotnych w poradni | Oferowana liczba godzin świadczenia usług w przedziale  od min-do max |
|  |

**\* Wynagrodzenie nie może być łączone z wynagrodzeniem z tytułu ordynacji lub dyżuru lekarskiego.**

**\*\* Wynagrodzenie nie może być łączone z wynagrodzeniem z tytułu ordynacji lub dyżuru lekarskiego oraz bez uwzględnienia dodatkowej wartości za osobodni, ponad liczbę dni finansowanych grupą; nie dotyczy również rozliczenia indywidualnego kosztów leczenia za zgodą płatnika.**

Uwaga:

1. W kolumnach, gdzie wskazano, aby podać proponowane wynagrodzenie należy je wskazać dokładnie i zgodnie z opisem w tabeli – stosowanie do danego zakresu, na który składana jest oferta.
2. Wynagrodzenie powinno zostać podane w złotych polskich cyfrowo.
3. Ceną oferty dla zakresu III.1jest stawka za 1 punkt rozliczeniowy,

4.Ceną oferty dla zakresów III.2, III.3, III.4, III.5, III.6, III.7 jest stawka za 1 godzinę świadczenia ordynacji i/lub dyżuru lekarskiego, oraz dodatkowo:

- dla zakresu III.2 stawka za 1 godzinę świadczenia w Poradni Hematologicznej,

- dla zakresu III.3 stawka za 1 godzinę świadczenia w Poradni Hematologicznej oraz stawka ryczałtowa za miesiąc kalendarzowy kierowania oddziałem i poradnią i nadzorem w Laboratorium Diagnostyki Hematologicznej,

- dla zakresów III.5., III.6., III.7. jest stawka za 1punkt stanowiąca % liczby punktów prawidłowo sprawozdanych i rozliczonych do NFZ plus stawka za wykonanie 1 zabiegu, plus stawka za 1 poradę, plus stawka za 1 godzinę pełnienia dyżuru „pod telefonem”,

- dla zakresu III.7 stawka ryczałtowa za miesiąc kalendarzowy kierowania oddziałem,

**5.**Ceną oferty dla zakresów: III.8, III.10., III.11.jest stawka za 1 h udzielania świadczeń zdrowotnych,

**6.** Ceną oferty dla zakresu III.9jest stawka za 1 konsultację w trybie zwykłym oraz stawka za 1 konsultację w trybie pilnym.

**Oświadczam, że:**

1. Zapoznałam/-em się z treścią Ogłoszenia konkursu ofert, SWKO oraz projektem umowy, akceptuję ich treść oraz – nie wnoszę zastrzeżeń / wnoszę zastrzeżenia do umowy – (zastrzeżenia do umowy w piśmie z dnia.......................................)\*\*.
2. **Zobowiązuję się do zawarcia umowy w terminie wyznaczonym przez Udzielającego zamówienia,   
   w okresie objętym okresem związania ofertą. Przyjmuję do wiadomości, iż w przypadku bezzasadnej odmowy podpisania umowy poniosę wobec Udzielającego zamówienia odpowiedzialność odszkodowawczą z tego tytułu.**
3. Posiadam odpowiednie uprawnienia i kwalifikacje do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia, wymagane Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert, w tym Prawo Wykonywania Zawodu bez ograniczeń (jeśli dotyczy), które potwierdzam stosownymi dokumentami załączonymi do niniejszej oferty (kserokopie) oraz wpis do odpowiedniego rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą (zaświadczenie/wyciąg/wydruk z systemu z aktualnej księgi rejestrowej) - (jeśli dotyczy).
4. Posiadam uprawnienia do występowania w obrocie prawnym zgodnie z wymogami ustawowymi, niezbędną wiedzę i doświadczenie, dysponuję osobą zdolną do wykonania zamówienia oraz pozostaję   
   w sytuacji zapewniającej należyte wykonanie zamówienia.
5. Załączone kserokopie dokumentów wykonane zostały z oryginału dokumentu, a zawarte w nich dane są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.
6. Dane przedstawione w ofercie i niniejszych oświadczeniach są zgodne ze stanem prawnym   
   i faktycznym na dzień składania oferty.
7. Zobowiązuję się do pozostawania w gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych w dniach   
   i godzinach wyznaczonych przez Udzielającego zamówienia.
8. Posiadam ubezpieczenie o odpowiedzialności cywilnej /zawrę umowę o odpowiedzialności cywilnej   
   i dostarczę kopię polisy najpóźniej w terminie podpisania umowy\*\*.
9. Samodzielnie rozliczam się z urzędem skarbowym i ZUS-em.
10. Zgłosiłam/-em swoją działalność gospodarczą w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych celem rozliczenia   
    z tytułu ubezpieczenia społecznego oraz ubezpieczenia zdrowotnego.
11. Zobowiązuję się do dostarczenia w dniu zawarcia umowy kserokopii dokumentu potwierdzającego ukończenie kurs BHP oraz stosownych zaświadczeń lekarskich.
12. Oświadczam, że nie byłam/-em karana/-y za przewinienia/przestępstwa umyślne.
13. Oświadczam, że w spółce Szpitale Pomorskie Sp. z o.o. świadczę pracę/nie świadczę pracy\*\*) na podstawie stosunku pracy lub umowy cywilnoprawnej w zakresie pokrywającym się z przedmiotem konkursu.   
    W przypadku pozostawania w zatrudnieniu na podstawie stosunku pracy lub udzielania świadczeń   
    w ramach umowy cywilnoprawnej w zakresie pokrywającym się z przedmiotem konkursu, oświadczam, że z chwilą podpisania umowy o świadczenie usług zdrowotnych złożę w wniosek o rozwiązanie łączącej mnie ze Spółką Szpitale Pomorskie Sp. z o.o. umowy za porozumieniem stron.
14. Przyjmuję do wiadomości, że Udzielający zamówienia dopuszcza zwiększenie zakresu i wartości umowy   
    o 25% na podstawie aneksu do umowy w sytuacjach wynikających z zapotrzebowania Udzielającego zamówienia.
15. Zobowiązuję się do niepodwyższania ceny za realizację świadczeń przez okres trwania umowy.

|  |  |
| --- | --- |
| ……………………………… | ……….……………………………………………… |
| Miejscowość, data | Podpis Oferenta / upoważnionego przedstawiciela\*\*\*  wraz z pieczątką |

\*\*) niepotrzebne skreślić

\*\*\*) Przedstawiciel Oferenta załącza stosowne pełnomocnictwo w oryginale, uwierzytelnione przez notariusza lub przez mocodawcę

**OŚWIADCZENIE**

W oparciu o art. 13 ust. 1 i ust. 2 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (dalej: RODO) informujemy, że Administratorem Pani/Pana Danych Osobowych jest: Szpitale Pomorskie Spółka z o.o. z siedzibą w Gdyni, ul. Powstania Styczniowego 1, 81-519 Gdynia (dalej: Szpitale Pomorskie). W sprawach związanych z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych (jako osoby, której dane osobowe są przetwarzane) należy kontaktować się z Administratorem Danych Osobowych za pomocą adresu   
e-mail: [iod@szpitalepomorskie.eu](javascript:mail('mailto:iod#szpitalepomorskie.eu')) lub drogą listu zwykłego na adres siedziby Szpitali Pomorskich: ul. Powstania Styczniowego 1, 81-519 Gdynia. Informujemy, że Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu przeprowadzenia konkursu na udzielanie świadczeń zdrowotnych lekarza, do którego złożył/a Pan/Pani formularz ofertowy na podstawie art. 6 ust 1 pkt a), b) i c) oraz art. 9 ust. 2 pkt a), b), c) i h) RODO. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres pięciu lat od daty zakończenia konkursu z uwagi na obowiązki prawne Administratora Danych Osobowych związane z przeprowadzeniem konkursu, a następnie udokumentowaniem prawidłowości wyboru ofert konkursowych. Podane przez Panią/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego (poza teren Europejskiego Obszaru Gospodarczego), natomiast będą udostępniane innym odbiorcom, w szczególności podmiotom uprawionym do kontroli działalności spółki Szpitale Pomorskie, w tym w zakresie prawidłowości konkursów przeprowadzanych zgodnie z przepisami ustawy o działalności leczniczej, organom samorządu zawodowego, podmiotom świadczącym obsługę prawną spółki Szpitale Pomorskie oraz operatorom telekomunikacyjnym świadczącym usługi teleinformatyczne na rzecz Administratora Danych Osobowych. Informujemy, że przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo do przenoszenia danych, jak również prawo do wniesienia sprzeciwu wobec dalszego przetwarzania, a w przypadku wyrażenia zgody na przetwarzanie danych do jej wycofania. Skorzystanie z prawa cofnięcia zgody nie ma wpływu na przetwarzanie, które miało miejsce do momentu wycofania zgody, a także nie skutkuje usunięciem danych w takim zakresie w jakim obowiązujące przepisy prawa zobowiązują Administratora Danych Osobowych do ich dalszego przetwarzania. Przysługuje Pani/Panu także prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, w wypadku jeżeli uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy RODO. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest dobrowolne, jednak jeżeli nie poda Pan/Pani danych osobowych i nie wyrazi zgody, nie będziemy mogli przeprowadzić postępowania konkursowego i dokonać jego rozstrzygnięcia z Pani/Pana udziałem. Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany w tym również w formie profilowania. Wycofanie zgody na przetwarzanie danych osobowych należy złożyć drogą poczty elektronicznej na adres mailowy [iod@szpitalepomorskie.eu](javascript:mail('mailto:iod#szpitalepomorskie.eu')) lub drogą poczty tradycyjnej, w formie pisemnej na adres siedziby spółki Szpitale Pomorskie.

Ja, niżej podpisana/-y oświadczam, iż przed wyrażeniem poniższych zgód zapoznałam/-em się   
z umieszczoną powyżej Klauzulą Informacyjną i niniejszym wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dostarczonych przeze mnie w formularzu ofertowym i jego załącznikach, przez spółkę Szpitale Pomorskie Spółka z o.o. z siedzibą w Gdyni, ul. Powstania Styczniowego 1, 81-519 Gdynia   
– Administratora Danych Osobowych, w celu:

1. wykorzystania podanych przeze mnie dobrowolnie danych osobowych w celu przeprowadzenia konkursu na udzielanie świadczeń zdrowotnych w spółce Szpitale Pomorskie, na jakie złożyłem/am ofertę konkursową zgodnie z przepisami o ochronie danych osobowych #.

TAK

NIE

używania przez spółkę Szpitale Pomorskie telekomunikacyjnych urządzeń końcowych, których jestem użytkownikiem, dla celów przeprowadzenia konkursu na udzielanie świadczeń zdrowotnych w spółce Szpitale Pomorskie, w szczególności przeprowadzenia konkursu oraz prowadzenia negocjacji.

TAK

NIE

……………………………………

(data, czytelny podpis Oferenta/ upoważnionego przedstawiciela Oferenta\*\*\*)

# Niewyrażenie zgody wiąże się z niemożliwością wzięcia udziału w konkursie na udzielanie świadczeń zdrowotnych lekarza prowadzonym przez Administratora Danych Osobowych

Potwierdzam poprawność podanych powyżej moich danych osobowych i dobrowolność ich przekazania.

………….........................................

(data, czytelny podpis Oferenta/ upoważnionego przedstawiciela Oferenta\*\*\*)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **KRYTERIA OCENY PUNKTOWEJ OFERTY – ZAKRES LEKARSKI** | | |
| **KRYTERIUM - KWALIFIKACJE** | **WAGA** | **Właściwe zaznaczyć krzyżykiem** |
| **1. KWALIFIKACJE ZAWODOWE\*** | | |
| **1.1. TYTUŁ NAUKOWY / STOPIEŃ NAUKOWY W DZIEDZINIE MEDYCYNY:** | | |
| PROFESOR | 5 pkt |  |
| DOKTOR HABILITOWANY N. MED. | 4 pkt |  |
| DOKTOR N. MED. | 3 pkt |  |
| **1.2. POSIADANE SPECJALIZACJE (INNE NIŻ WYMAGANA DLA PROFILU ODDZIAŁU/KOMÓRKI, NA KTÓRĄ SKŁADANA JEST OFERTA), należy wpisać, jeśli Oferent posiada** | | |
|  | 3 pkt |  |
|  | 3 pkt |  |
|  | 3 pkt |  |
|  | 3 pkt |  |

**\* CZ. 1 FORMULARZA** - Punkty uzyskane w części 1 (kwalifikacje zawodowe) sumują się – kwalifikacje należy potwierdzić załączeniem kserokopii stosownego dokumentu.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **KRYTERIUM - DOŚWIADCZENIE** | **WAGA** | **Właściwe zaznaczyć krzyżykiem** |
| **2. DOTYCHCZASOWE, NIENAGANNE ŚWIADCZENIE PRACY LUB USŁUG W ZAWODZIE LEKARZA w latach\*\* – potwierdzone opinią bezpośredniego przełożonego jako warunek konieczny uwzględnienia oceny.** | | |
| brak | 0 pkt |  |
| do 2 lat | 1 pkt |  |
| powyżej 2 do 4 lat | 2 pkt |  |
| powyżej 4 lat do 8 lat | 3 pkt |  |
| powyżej 8 | 5 pkt |  |
| \*\* Do obliczeń stosuje się każdy pełny rok kalendarzowy pracy. Punkty z kolejnych lat nie sumują się. |  |  |
| **KRYTERIUM - DYSPOZYCYJNOŚĆ** | **WAGA** | **Właściwe zaznaczyć krzyżykiem** |
| **3. DYSPOZYCYJNOŚĆ** | | |
| **3.1. DEKLAROWANA minimalna LICZBA GODZIN ŚWIADCZENIA USŁUG W MIESIĄCU:** | | |
| 3.1.1. DEKALROWANIA minimalna LICZBA GODZIN ŚWIADCZENIA USŁUG W MIESIĄCY (dot. zakresów: III.1, III.8, III.9, III.10, III.11 ) |  |  |
| Do 81 | 0 pkt |  |
| 82-160 | 3 pkt |  |
| 161-240 | 5 pkt |  |
| Powyżej 240 | 6 pkt |  |
|  |  |  |
| 3.1.2.W ZAKRESIE ORDYNACJI ( dot. pozostałych zakresów ): |  |  |
| Do 145 | 5pkt |  |
| 146-180 | 3pkt |  |
| 181-240 | 1pkt |  |
| Powyżej240 | 0pkt |  |
|  |  |  |
| 3.1.3.W ZAKRESIE DYŻURÓW ( dot. pozostałych zakresów): |  |  |
| Do 81 | 0 pkt |  |
| 82-160 | 3 pkt |  |
| 161-240 | 5 pkt |  |
| Powyżej 240 | 6 pkt |  |

**Uwaga! Deklarowana minimalna liczba godzin winna być zgodna z oferowaną liczbą godzin świadczenia usług wskazaną   
w formularzu ofertowo-cenowym pod rygorem uznania jako wiążącej niższej wartości.**

|  |  |
| --- | --- |
| *RAZEM LICZBA PUNKTÓW: ..........................* |  |
|  | (data i podpis Oferenta (pieczątka) / upoważnionego przedstawiciela Oferenta) |

\*\*\*Przedstawiciel Oferenta załącza stosowne pełnomocnictwo w oryginale lub uwierzytelnione przez notariusza lub przez mocodawc**ę**