**Konkurs nr 77/2023 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 lekarza w lokalizacji Spółki przy ul. lokalizacji przy
ul. Dr A. Jagalskiego 10, kod 84-200 Wejherowo – Szpital Specjalistyczny im. F. Ceynowy w Wejherowie
w następującym zakresie:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Zakres, na który jest składana oferta** | **Wskazanie Oferenta** | **Proponowane wynagrodzenie za świadczenie usług zdrowotnych/Oferowana liczba godzin świadczenia usług**  |
| 1. | 2. | 3. |  4.  | 5.  |
| 1 | **III.1. Udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach kontraktu lekarskiego w Oddziale Kardiologii i Angiologii Interwencyjnej – ordynacja i dyżury** | **III.1.1** | stawka za 1h świadczenia ordynacji | Oferowana liczba godzin świadczenia usług w przedziale  |
| od min-do max |
|   |   |
| **III.1.2** | stawka za 1h świadczenia dyżuru w dni powszednie, soboty, niedziele i święta | Oferowana liczba godzin świadczenia usług w przedziale  |
| od min-do max |
|   |   |
| 2 | **III.2. Udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach kontraktu lekarskiego w Pracowni Kardiologii Interwencyjnej Oddziału Kardiologii i Angiologii Interwencyjnej – dyżury** | **III.2.1** | stawka za 1h świadczenia dyżuru w dni powszednie, soboty, niedziele i święta | Oferowana liczba godzin świadczenia usług w przedziale  |
| od min-do max |
|   |   |
| 3 | **III.3. Udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach kontraktu lekarskiego w Oddziale Kardiologii i Angiologii Interwencyjnej – dyżury** | **III.3.1** | stawka za 1h świadczenia dyżuru w dni powszednie, soboty, niedziele i święta | Oferowana liczba godzin świadczenia usług w przedziale  |
| od min-do max |
|   |   |
| 4 | **III.4. Udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach kontraktu lekarskiego w Oddziale Kardiologii i Angiologii Interwencyjnej – ordynacja i dyżury wraz z pełnieniem zadań: kierowanie Pracownią Elektrofizjologii albo Pracownią Elektroterapii albo Pracownią Echokardiografii albo Pracownią Kardiologii Interwencyjnej albo Pracownią Radiologii Zabiegowej.**  | **III.4.1** | stawka za 1h świadczenia ordynacji | Oferowana liczba godzin świadczenia usług w przedziale  |
| od min-do max |
|   |   |
| **III.4.2** | stawka za 1h świadczenia dyżuru w dni powszednie, soboty, niedziele i święta | Oferowana liczba godzin świadczenia usług w przedziale  |
| od min-do max |
|   |   |
| **III.4.3** | Proponowane wynagrodzenie - stawka ryczałtowa za miesiąc kalendarzowy kierowania Pracownią …………………………………….. |   |
|   |
| 5 | **III.5. Udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach kontraktu lekarskiego w Oddziale Kardiologii i Angiologii Interwencyjnej – ordynacja i dyżury wraz z kierowaniem pracą Oddziału.** | **III.5.1** | stawka za 1h świadczenia ordynacji | Oferowana liczba godzin świadczenia usług w przedziale  |
| od min-do max |
|   |   |
| **III.5.2** | stawka za 1h świadczenia dyżuru w dni powszednie, soboty, niedziele i święta | Oferowana liczba godzin świadczenia usług w przedziale  |
| od min-do max |
|   |   |
| **III.5.3** | Proponowane wynagrodzenie - stawka ryczałtowa za miesiąc kalendarzowy kierowania oddziałem |   |
|   |
| 6 | **III.6. Udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach kontraktu lekarskiego w przyszpitalnej Poradni Kardiologicznej/Poradni Kontroli Stymulatorów.** | **III.6.1** | Wynagrodzenie za udzielanie świadczeń zdrowotnych w Poradni Kardiologicznej / Poradni Kontroli Stymulatorów– wskazane jako ….% od punktu produktu jednostkowego prawidłowo sprawozdanego i rozliczonego przez NFZ | Oferowana liczba godzin świadczenia usług w przedziale od min-do max  |
|  | ……………………………% | ………...…min. h. - ……...max. h. |
|  |

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. Ceną oferty dla zakresu III.1. jest stawka za 1h udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach ordynacji (tj. od poniedziałku do piątku) plus stawka za 1h świadczenia dyżuru w dni powszednie, soboty, niedziele
i święta.
4. Ceną oferty dla zakresu III.2. – III.3. jest stawka za 1h udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach dyżuru w dni powszednie, soboty, niedziele i święta;
5. Ceną oferty dla zakresu III.4. jest stawka za 1h udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach ordynacji (tj. od poniedziałku do piątku) plus stawka za 1h świadczenia dyżuru w dni powszednie, soboty, niedziele
i święta plus ryczałt za 1 miesiąc kalendarzowy kierowania Pracownią Elektrofizjologii albo Pracownią Elektroterapii albo Pracownią Echokardiografii albo Pracownią Kardiologii Interwencyjnej albo Pracownią Radiologii Zabiegowej;
6. Ceną oferty dla zakresu III.5. jest stawka za 1h udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach ordynacji (tj. od poniedziałku do piątku) plus stawka za 1h świadczenia dyżuru w dni powszednie, soboty, niedziele
i święta plus ryczałt za 1 miesiąc kalendarzowy kierowania Oddziałem;
7. Ceną oferty dla zakresu III.6. jest wynagrodzenie, które stanowi procent od kwoty produktu jednostkowego prawidłowo sprawozdanego i rozliczonego przez NFZ;

**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 zgodnie z okresem wypowiedzenia wynikającym z tej umowy.
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 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 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\*\*\*)

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

|  |
| --- |
| **KRYTERIA OCENY PUNKTOWEJ OFERTY – ZAKRES LEKARSKI** |
|  | **WAGA** | **Właściwe zaznaczyć krzyżykiem** |
| **1. KRYTERIUM - KWALIFIKACJE ZAWODOWE\*** |
| 1.1. TYTUŁ NAUKOWY / STOPIEŃ NAUKOWY W DZIEDZINIE MEDYCYNY (wpisać, jeśli Oferent posiada - należy wpisać tylko jeden tytuł (dr med. lub dr hab. lub profesor) (nie dotyczy zakresu III.5):  |
|   | 1 | pkt |   |
| 1.2. POSIADANE SPECJALIZACJE, należy wpisać, jeśli Oferent posiada (UWAGA: NIE JEST PUNKTOWANA SPECJALIZACJA Z CHORÓB WEWNĘTRZNYCH) |
|   | 1 | pkt |   |
|   | 1 | pkt |   |
|   | 1 | pkt |   |
| 1.3. UMIEJĘTNOŚĆ WYKONYWANIA BADAŃ ECHOKARDIOGRAFICZNYCH NA POZIOMIE POZWALAJĄCYM NA KWALIFIKACJĘ PACJENTÓW DO ZABIEGÓW KARDIOCHIRURGICZNYCH (dotyczy zakresów III.1, III.3, III.4, III.5) | 1 | pkt | Należy zaznaczyć jeśli Oferent posiada tę umiejętność |
|   |
|  1.4. UMIEJĘTNOŚĆ PROGRAMOWANIA URZĄDZEŃ WSZCZEPIALNYCH (STYMULATORY, KARDIOWERTERY, URZĄDZENIA RESYNCHRONIZUJĄCE) (dotyczy zakresów III.1, III.3, III.4, III.5) | 1 | pkt | Należy zaznaczyć jeśli Oferent posiada tę umiejętność |
|  |
| 1.5. UMIEJĘTNOŚĆ SAMODZIELNEJ IMPLANTACJI URZĄDZEŃ WSZCZEPIALNYCH (>100 zabiegów) (dotyczy zakresu III.1, III.3, III.4, III.5) | 2 | pkt | Należy zaznaczyć jeśli Oferent posiada tę umiejętność |
|  |
| 1.6. UMIEJĘTNOŚĆ SAMODZIELNEGO WYKONYWANIA BADAŃ ELEKTROFIZJOLOGICZNYCH I ABLACJI (>50 ZABIEGÓW) (dotyczy zakresów III.1, III.3, III.4, III.5) | 2 | pkt | Należy zaznaczyć jeśli Oferent posiada tę umiejętność |
|   |
|  1.7. UMIEJĘTNOŚĆ SAMODZIELNEGO WYKONYWANIA PRZEZSKÓRNYCH INTERWENCJI WIEŃCOWYCH, W OSTRYCH I PRZEWLEKŁYCH ZESPOŁACH WIEŃCOWYCH (> 500 ZABIEGÓW) (dotyczy zakresów III.1, III.3, III.4, III.5) | 2 | pkt | Należy zaznaczyć jeśli Oferent posiada tę umiejętność |
|   |
| 1.8. PEŁNA SAMODZIELNOŚĆ W WYKONYWANIU PRZEZSKÓRNYCH INTERWENCJI WIEŃCOWYCH, W OSTRYCH I PRZEWLEKŁYCH ZESPOŁACH WIEŃCOWYCH (> 500 ZABIEGÓW) (dotyczy zakresu III.2)  |
| TAK |   |
| NIE |   |
| 1.9. UMIEJĘTNOŚĆ WYKONYWANIA WEWNĄTRZWIEŃCOWYCH BADAŃ OBRAZOWYCH (IVUS, OCT, FFR) (dotyczy zakresu III.2) | 1 | pkt | Należy zaznaczyć jeśli Oferent posiada tę umiejętność |
|   |
| 1.10. UMIEJĘTNOŚĆ WYKONYWANIA ATEREKTOMII WIEŃCOWEJ (ROTABLACJA, LITOTRYPSJA) (dotyczy zakresu III.2)  | 1 | pkt | Należy zaznaczyć jeśli Oferent posiada tę umiejętność |
|   |
| 1.11. PEŁNA SAMODZIELNOŚĆ W WYKONYWANIU BADAŃ ELEKTROFIZJOLOGICZNYCH I ABLACJI, W TYM ZABIEGI Z WYKORZYSTANIEM SYSTEMÓW ELEKTROANATOMICZNYCH (dotyczy zakresu III.4 - W PRZYPADKU OFERTY NA KIEROWNIKA PRACOWNI ELEKTROFIZJOLOGII) Należy wskazać jedną z poniższych odpowiedzi: |
| >300 ZABIEGÓW | 2 | pkt |   |
| >500 ZABIEGÓW | 4 | pkt |   |
| 1.12. PEŁNA SAMODZIELNOŚĆ W IMPLANTACJI URZĄDZEŃ WSZCZEPIALNYCH, W TYM STYMULATORY (TAKŻE ZE STYMULACJĄ FIZJOLOGICZNĄ), KARDIOWERTERY (TAKŻE CAŁKOWICIE PODSKÓRNE), URZĄDZENIA RESYNCHRONIZUJĄCE, BEZELEKTRODOWE (dotyczy zakresu III.4 - W PRZYPADKU OFERTY NA KIEROWNIKA PRACOWNI ELEKTROTERAPII)Należy wskazać jedną z poniższych odpowiedzi: |
| >500 ZABIEGÓW | 2 | pkt |   |
| >1000 ZABIEGÓW | 4 | pkt |   |
| 1.13. PEŁNA SAMODZIELNOŚĆ W WYKONYWANIU BADAŃ ECHOKARDIOGRAFICZNYCH, PRZEZKLATKOWYCH, PRZEZPRZEŁYKOWYCH, TAKŻE 3D, POZWALAJĄCYCH NA PEŁNĄ I PRECYZYJNĄ KWALIFIKACJĘ PACJENTÓW DO ZABIEGÓW KARDIOCHIRURGICZNYCH (dotyczy zakresu III.4 - W PRZYPADKU OFERTY NA KIEROWNIKA PRACOWNI ECHOKARDIOGRAFII) | 2 | pkt | Należy zaznaczyć jeśli Oferent spełnia te kryterium: |
|   |
| 1.14. PEŁNA SAMODZIELNOŚĆ W NAWIGACJI OPERATORÓW PODCZAS ZABIEGÓW STRUKTURALNYCH, W TYM TAVI, LAAC, MITRACLIP, PFO/ASD (dotyczy zakresu III.4 - W PRZYPADKU OFERTY NA KIEROWNIKA PRACOWNI ECHOKARDIOGRAFII) |
| >200 ZABIEGÓW | 2 | pkt | Należy zaznaczyć jeśli Oferent spełnia te kryterium: |
|   |
| 1.15. PEŁNA SAMODZIELNOŚĆ W WYKONYWANIU PRZEZSKÓRNYCH ZABIEGÓW WIEŃCOWYCH (dotyczy zakresu III.4- W PRZYPADKU OFERTY NA KIEROWNIKA PRACOWNI KARDIOLOGII INTERWENCYJNEJ) |
| >2000 ZABIEGÓW | 2 | pkt | Należy zaznaczyć jeśli Oferent spełnia te kryterium: |
|   |
| 1.16. PEŁNA SAMODZIELNOŚĆ W WYKONYWANIU ATEREKTOMII WIEŃCOWEJ, W TYM ROTABLACJI, LITOTRYPSJI, ORBITALNEJ (dotyczy zakresu III.4- W PRZYPADKU OFERTY NA KIEROWNIKA PRACOWNI KARDIOLOGII INTERWENCYJNEJ) |
| >100 ZABIEGÓW | 2 | pkt | Należy zaznaczyć jeśli Oferent spełnia te kryterium: |
|   |
| 1.17. PEŁNA SAMODZIELNOŚĆ W WYKONYWANIU PRZEZSKÓRNYCH ZABIEGÓW STRUKTURALNYCH, W TYM TAVI, LAAC, MITRACLIP, PFO/ASD (dotyczy zakresu III.4- W PRZYPADKU OFERTY NA KIEROWNIKA PRACOWNI KARDIOLOGII INTERWENCYJNEJ) |
| >200 ZABIEGÓW | 4 | pkt | Należy zaznaczyć jeśli Oferent spełnia te kryterium: |
|   |
| 1.18. PEŁNA SAMODZIELNOŚĆ W WYKONYWANIU PRZEZSKÓRNYCH ZABIEGÓW NA TĘTNICACH OBWODOWYCH (dotyczy zakresu III.4- W PRZYPADKU OFERTY NA KIEROWNIKA PRACOWNI RADIOLOGII ZABIEGOWEJ) |
| >200 ZABIEGÓW | 2 | pkt | Należy zaznaczyć jeśli Oferent spełnia te kryterium: |
|   |
| 1.19. PEŁNA SAMODZIELNOŚĆ W WYKONYWANIU TROMBEKTOMII MECHANICZNEJ W UDARZE NIEDOKRWIENNYM MÓZGU (dotyczy zakresu III.4- W PRZYPADKU OFERTY NA KIEROWNIKA PRACOWNI RADIOLOGII ZABIEGOWEJ) |
| >100 ZABIEGÓW | 4 | pkt | Należy zaznaczyć jeśli Oferent spełnia te kryterium: |
|   |
| 1.20. UMIEJĘTNOŚĆ SAMODZIELNEGO WYKONYWANIA BADAŃ ECHOKARDIOGRAFICZNYCH (dotyczy zakresu III.6) | 1 | pkt | Należy zaznaczyć jeśli Oferent posiada tę umiejętność |
|   |
| 1.21. PEŁNA SAMODZIELNOŚĆ PROGRAMOWANIA URZĄDZEŃ WSZCZEPIALNYCH (STYMULATORY, KARDIOWERTERY, URZĄDZENIA RESYNCHRONIZUJĄCE) (dotyczy zakresu III.6)Należy wskazać jedną z poniższych odpowiedzi:  |
| TAK |   |
| NIE |   |
|  1.22. UMIEJĘTNOŚĆ IMPLANTACJI URZĄDZEŃ WSZCZEPIALNYCH (dotyczy zakresu III.6) | 2 | pkt | Należy zaznaczyć jeśli Oferent posiada tę umiejętność |
|   |
| \* CZ. 1 FORMULARZA - Punkty uzyskane w części 1 (kwalifikacje zawodowe) sumują się – w warunkach określanych jako umiejętność lub pełna samodzielność, Udzielający zamówienia ma prawo zwrócić się z prośbą o dostarczenie odpowiedniego zaświadczenia potwierdzonego przez kierownika stosowanej pracowni/kierownika oddziału/dyrektora zakładu, w której oferent był dotychczas zatrudniony lub certyfikatu potwierdzającego określone umiejętności wydanego przez Polskie Towarzystwo Kardiologiczne. |
|  | **WAGA** | **Właściwe zaznaczyć krzyżykiem** |
| **2. KRYTERIUM - DOŚWIADCZENIE ZAWODOWE** |
| **2.1. STAŻ PRACY W LATACH JAKO SPECJALISTA KARDIOLOG W DOWOLNYM OŚRODKU KARDIOLOGICZNYM\*\*** |
| < 5 LAT | 1 | pkt |  |
| 5-10 LAT | 3 | pkt |  |
| > 10 LAT | 5 | pkt |  |
| **2.2. STAŻ PRACY W LATACH W PORADNI KARDIOLOGICZNEJ / PORADNI KONTROLI STYMULATORÓW\*\*** |
| do 4 lat | 2 | pkt |   |
| powyżej 5 lat  | 4 | pkt |   |
| **2.3. DOTYCHCZASOWA NIENAGANNA PRACA/ŚWIADCZENIE USŁUG ZDROWOTNYCH W SZPITALACH POMORSKICH SP. Z O.O W LOKALIZACJI SZPITAL SPECJALISTYCZNY W WEJHEROWIE\*\*** |
| < 5 LAT | 2 | pkt |   |
| 5-10 LAT | 4 | pkt |   |
| > 10 LAT | 8 | pkt |   |
| \*\* Do obliczeń stosuje się każdy pełny rok kalendarzowy pracy. Punkty z kolejnych lat nie sumują się. Należy zaznaczyć właściwą rubrykę |

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

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