**Konkurs nr 143/2024 Załącznik nr 1A**

……………………………

pieczątka Oferenta

**OPINIA BEZPOŚREDNIEGO PRZEŁOŻONEGO**

**ZA OKRES 2 LAT POPRZEDZAJĄCYCH OGŁOSZENIE KONKURSU OFERT NR 143/2024**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **1.       KRYTERIUM – OPINIA O JAKOŚCI ŚWIADCZONYCH USŁUG - wypełnia bezpośredni przełożony** | **punktacja od 0 pkt. do max 2 pkt. w każdej z rubryk** | |
| Terminowość (dyspozycyjność, objęcie na czas stanowiska pracy). |  | |
| Prawidłowe i terminowe prowadzenie dokumentacji medycznej. |  |  |
| Umiejętność pracy w zespole |  | |
| Praca w weekendy (min. 25% godzin w ostatnich dwóch miesiącach poprzedzających złożenie oferty -1 pkt.) i święta Bożego Narodzenia / Nowy Rok/ Wielkanoc/weekend majowy (min. 15% godzin w miesiącu-1 pkt.) |  | |
| Dyspozycyjność pracy w danych stanowiskach (przełożony zaznacza właściwe pole X) | pkt | zaznaczyć jedno właściwe (X) |
| ratownik medyczny do roku pracy w ZRM, SOR | 0 pkt. |  |
| ratownik medyczny/kierownik zespołu lub ratownik medyczny/kierowca ambulansu (jeśli spełnia tylko jedno) | 1 pkt. |  |
| ratownik medyczny/kierownik zespołu i ratownik medyczny/kierowca ambulansu | 2 pkt. |  |

*RAZEM LICZBA PUNKTÓW: .................................*

*(maksymalna ilość punktów nie może przekroczy 10 punktów)*

**………………………………………..**

data i podpis przełożonego