Konkurs 20/2018

|  |
| --- |
| **Załącznik nr 2b****KRYTERIA OCENY PUNKTOWEJ OFERTY – ZAKRES LEKARSKI** |
| **KRYTERIUM** | **WAGA** | **Właściwe zaznaczyć krzyżykiem** |
| **1. KWALIFIKACJE ZAWODOWE\*** |
| **1.1. TYTUŁ NAUKOWY / STOPIEŃ NAUKOWY W DZIEDZINIE MEDYCYNY:** |
| PROFESOR | 4 | pkt |   |
| DOKTOR HABILITOWANY N. MED. | 3 | pkt |   |
| DOKTOR N. MED. | 2 | pkt |   |
| **1.2. INNE KRYTERIUM OCENY – STOPIEŃ SPECJALIZACJI** |
| Specjalista lub II° specjalizacji | 3 | pkt |   |
| I° specjalizacji | 2 | pkt |   |
| W trakcie specjalizacji | 1 | pkt |  |

**\* CZ. 1 FORMULARZA** - Punkty uzyskane w części 1.1 i 1.2 (kwalifikacje zawodowe) sumują się – kwalifikacje należy potwierdzić załączeniem kserokopii stosownego dokumentu.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **KRYTERIUM** | **WAGA** | **Właściwe zaznaczyć krzyżykiem** |
| **2. DOTYCHCZASOWE, NIENAGANNE ŚWIADCZENIE PRACY LUB USŁUG NA RZECZ podmiotu leczniczego: w latach\*\* - POTWIERDZONE OPINIĄ BEZPOŚREDNIEGO PRZEŁOŻONEGO – warunek konieczny dla uwzględnienia oceny.** |
| brak | 0 | pkt |   |
| do 2 lat | 1 | pkt |   |
| od 2 do 4 lat | 2 | pkt |   |
| powyżej 4 lat | 3 | pkt |   |
| \*\* Do obliczeń stosuje się każdy pełny rok kalendarzowy pracy. Punkty z kolejnych lat nie sumują się. |
| **KRYTERIUM** | **WAGA** | **Właściwe zaznaczyć krzyżykiem** |
| **3. DYSPOZYCYJNOŚĆ** |
| **3.1. DEKLAROWANA MINIMALNA LICZBA GODZIN ŚWIADCZENIA USŁUG W MIESIĄCU (proszę wpisać konkretną liczbę godzin – zgodnie z Formularzem ofertowym).** |
| Poniżej 160 | 0 | pkt |   |
| 160-189 | 1 | pkt |   |
| 190-209 | 2 | pkt |   |
| 210-220 | 3 | pkt |   |
| POWYŻEJ 220 | 4 | pkt |   |
|  |
|   |   |
| *RAZEM LICZBA PUNKTÓW: ..........................* | ( data i podpis Oferenta (pieczątka) / upoważnionego przedstawiciela Oferenta) |
|   |  |  |  |