Konkurs nr 233/2025 **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 lekarza w lokalizacji Spółki Szpital Morski im. PCK ul. Powstania Styczniowego 1, w następującym zakresie:

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.
	III.1.Udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach kontraktu lekarskiego w Oddziale Chirurgii Onkologicznej z pododdziałem chirurgii nowotworów piersi, skóry i tkanek miękkich – ordynacja i dyżury, dyżury „pod telefonem" oraz zabiegi operacyjne z zakresu chirurgii onkologicznej i świadczenia w Poradni Chirurgii Onkologicznej wraz z Koordynacją w Centrum Diagnostyki i Leczenia Chorób Piersi w Gdyni przy Oddziale Chirurgii Onkologicznej z Pododdziałem Chirurgii		Proponowana stawka za 1h udzielania świadczeń w ramach ordynacji– w zł ……zł. Proponowana stawka za 1h udzielania świadczeń w ramach dyżuru lekarskiego w dni powszednie, soboty – w zł ……zł Proponowana stawka za 1h udzielania świadczeń w ramach dyżuru lekarskiego w niedziele i święta – w zł ……zł Proponowane wynagrodzenie % od wartości świadczenia zabiegowego udzielonego w Poradni Chirurgii Onkologicznej prawidłowo sprawozdanego i rozliczonego przez NFZ zgodnie z	Oferowana liczba godzin świadczenia usług w przedziale od min-do max (przy czym minimalna ilość godzin nie może wynosić 0)

	Nowotworów Piersi, Skóry i Tkanek Miękkich i/lub świadczenia komercyjne niefinansowane ze środków publicznych		katalogiem ambulatoryjnych grup świadczeń specjalistycznych - zabiegowych*, ***	
			% od wartości …….	
			Proponowana stawka za 1 świadczenie zachowawcze (z wyłączeniem W02) udzielone w Poradni Chirurgii Onkologicznej prawidłowo sprawozdane i rozliczone przez NFZ w zł *, ***	
			……zł	
			Proponowane wynagrodzenie za 1 poradę recepturową (W02) udzieloną w Poradni Chirurgii Onkologicznej prawidłowo sprawozdaną i rozliczoną przez NFZ– w zł*, ***	
			……zł	
			Proponowana stawka za 1 biopsję gruboigłową pod kontrolą USG lub mammografii prawidłowo sprawozdaną i rozliczoną przez NFZ – w zł*, ***	
			……zł.	
			Proponowane wynagrodzenie za wykonywanie zabiegów z zakresu chirurgii onkologicznej stanowiące % wartości świadczeń prawidłowo sprawozdanych i rozliczonych przez NFZ (bez dodatku za przekroczenie liczby dni pobytu finansowanych grupą JGP)*, ***	
			% od wartości …….	
			Proponowane wynagrodzenie za wykonywanie zabiegów z zakresu chirurgii onkologicznej realizowanych na Bloku Operacyjnym dla innych oddziałów zabiegowych Spółki – stawka za wykonanie 1 zabiegu– w zł*, ***	
			……zł	
			Proponowana stawka za 1h świadczenia dyżuru „pod telefonem” – w zł	
			……zł	
			Proponowane wynagrodzenie - stawka ryczałtowa za miesiąc kalendarzowy koordynacji w Centrum	

			Diagnostyki i Leczenia Chorób Piersi w Gdyni przy Oddziale Chirurgii Onkologicznej z Pododdziałem Chirurgii Nowotworów Piersi, Skóry i Tkanek Miękkich – w zł	
			……..zł	
			Proponowany % wynagrodzenia, w przypadku pełnienia funkcji lekarza operującego („operator") za każdy zabieg operacyjny, jaki zgodnie z zawartą umową z uprawnionym pacjentem, otrzymał Udzielający zamówienia oraz w przypadku wykonania przez Lekarza konsultacji pacjenta celem wykonania procedury na podstawie skierowania wystawionego przez Lekarza, przy czym szacunkowe kwoty zabiegu określone są zgodne z Cennikiem Udzielającego zamówienia**	
			……%	
	III.2.Udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach kontraktu lekarskiego w Oddziale Chirurgii Onkologicznej z pododdziałem chirurgii nowotworów piersi, skóry i tkanek miękkich – ordynacja i dyżury, dyżury „pod telefonem" oraz zabiegi operacyjne z zakresu chirurgii onkologicznej i świadczenia w Poradni Chirurgii Onkologicznej.		Proponowana stawka za 1h udzielania świadczeń w ramach ordynacji– w zł	Oferowana liczba godzin świadczenia usług w przedziale od min-do max (przy czym minimalna ilość godzin nie może wynosić 0)
			……zł	
			Proponowana stawka za 1h udzielania świadczeń w ramach dyżuru lekarskiego w dni powszednie, soboty – w zł	
			……zł	
			Proponowana stawka za 1h udzielania świadczeń w ramach dyżuru lekarskiego w niedziele i święta – w zł	
			……..zł	
			Proponowane wynagrodzenie % od wartości świadczenia zabiegowego udzielonego w Poradni Chirurgii Onkologicznej prawidłowo sprawozdanego i rozliczonego przez NFZ zgodnie z katalogiem ambulatoryjnych grup świadczeń specjalistycznych - zabiegowych*,, ***	
			% od wartości …….	
			Proponowana stawka za 1 świadczenie zachowawcze (z wyłączeniem W02) udzielone w Poradni Chirurgii Onkologicznej prawidłowo sprawozdane i rozliczone przez NFZ w zł *, ***	

			……zł	
			Proponowane wynagrodzenie za 1 poradę recepturową (W02) udzieloną w ramach Poradni Onkologicznej prawidłowo sprawozdaną i rozliczoną przez NFZ w zł *, ***	
			……zł	
			Proponowana stawka za 1 biopsję gruboigłową pod kontrolą USG lub mammografii prawidłowo sprawozdaną i rozliczoną przez NFZ – w zł*, ***	
			……zł	
			Proponowane wynagrodzenie za wykonywanie zabiegów z zakresu chirurgii onkologicznej stanowiące % wartości świadczeń prawidłowo sprawozdanych i rozliczonych do NFZ (bez dodatku za przekroczenie liczby dni pobytu finansowanych grupą JGP)	
			% od wartości …….	
			Proponowane wynagrodzenie za wykonywanie zabiegów z zakresu chirurgii onkologicznej realizowanych na Bloku Operacyjnym dla innych oddziałów zabiegowych Spółki – stawka za wykonanie 1 zabiegu – w zł *, ***	
			……zł	
			Proponowana stawka za 1h świadczenia dyżuru „pod telefonem”- w zł	
			……zł	

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

** szczegółowy wykaz świadczeń zdrowotnych określony jest we wzorze umowy nr 3

***wynagrodzenie dla Przyjmującego zamówienie za świadczenia zdrowotne, nie finansowane ze środków publicznych, zrealizowane na podstawie odrębnych umów (oznaczone w Clininnet jako „NIE DO ROZLICZENIA”, „INNY PŁATNIK”) będzie potwierdzane przez Pracownika ds. Komercji po uzyskaniu płatności z ich tytułu.

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.1** jest stawka za 1 godzinę świadczenia ordynacji i dyżuru lekarskiego, wynagrodzenie za wykonanie 1 zabiegu stanowiące % wartości świadczeń prawidłowo sprawozdanych i rozliczonych przez NFZ w ramach Oddziału Chirurgii Onkologicznej, stawka za wykonanie 1 zabiegu na Bloku Operacyjnym, % od wartości świadczenia zabiegowego udzielonego w Poradni Chirurgii Onkologicznej, stawka za 1 świadczenie zachowawcze udzielone w Poradni Chirurgii Onkologicznej, stawka za poradę recepturową udzieloną w Poradni Chirurgii Onkologicznej, stawka za 1 godzinę pełnienia dyżuru „pod telefonem", stawka ryczałtowa za miesiąc kalendarzowy koordynacji w Centrum Diagnostyki i Leczenia Chorób Piersi w Gdyni przy Oddziale Chirurgii Onkologicznej z Pododdziałem Chirurgii Nowotworów Piersi, Skóry i Tkanek Miękkich, % wynagrodzenia, w przypadku pełnienia przez Przyjmującego zamówienie funkcji lekarza operującego („operator") za każdy zabieg operacyjny, jaki zgodnie z zawartą umową z uprawnionym pacjentem, otrzymał Udzielający zamówienia oraz w przypadku wykonania przez Lekarza konsultacji pacjenta celem wykonania procedury na podstawie skierowania wystawionego przez Lekarza, przy czym szacunkowe kwoty zabiegu określone są zgodne z Cennikiem Udzielającego zamówienia na zasadach szczegółowo określonych we wzorze umowy nr 3

4. Ceną oferty dla zakresu **III.2** jest stawka za 1 godzinę świadczenia ordynacji i dyżuru lekarskiego, wynagrodzenie za wykonanie 1 zabiegu stanowiące % wartości świadczeń prawidłowo sprawozdanych i rozliczonych przez NFZ w ramach Oddziału Chirurgii Onkologicznej, wynagrodzenie za wykonywanie zabiegów z zakresu chirurgii onkologicznej realizowanych na Bloku Operacyjnym, wynagrodzenie stanowiące % wartości świadczeń zabiegowych w Poradni Chirurgii Onkologicznej, , stawka za 1 świadczenie zachowawcze w Poradni Onkologicznej, stawka za poradę recepturową w Poradni Onkologicznej, stawka za 1 godzinę pełnienia dyżuru „pod telefonem".

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. 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.
14. Zobowiązuję się do niepodwyższania ceny za realizację świadczeń przez okres trwania umowy.
15. Zobowiązuję się przed podpisaniem umowy przedłożyć:
    a) Oferent będący obywatelem RP: zaświadczenie o niekaralności z Krajowego Rejestru Karnego w zakresie przestępstw określonych w rozdziale XIX i XXV Kodeksu karnego, w art. 189a i art. 207 Kodeksu karnego oraz w ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. z 2023 r. poz. 172 oraz z 2022 r. poz. 2600), lub za odpowiadające tym przestępstwom czyny zabronione określone w przepisach prawa obcego – albo Oferent nie będący obywatelem RP: zaświadczenie o niekaralności z Krajowego Rejestru Karnego w zakresie przestępstw określonych w rozdziale XIX i XXV Kodeksu karnego, w art. 189a i art. 207 Kodeksu karnego oraz w ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. z 2023 r. poz. 172 oraz z 2022 r. poz. 2600), lub za odpowiadające tym przestępstwom czyny zabronione określone w przepisach prawa obcego oraz ponadto informację z rejestru karnego państwa obywatelstwa uzyskiwaną do celów działalności zawodowej lub wolontariackiej związanej z kontaktami z dziećmi.
    b) oświadczenie o państwie lub państwach, w których zamieszkiwał w ciągu ostatnich 20 lat, innych niż Rzeczpospolita Polska i państwo obywatelstwa*,
    c) oraz jednocześnie z oświadczeniem z lit. b) informację z rejestrów karnych tych państw uzyskiwaną do celów działalności zawodowej lub wolontariackiej związanej z kontaktami z dziećmi.**

    * Oświadczenie składane jest pod rygorem odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia. Składający oświadczenie jest obowiązany do zawarcia w nim klauzuli następującej treści: "Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia". Klauzula ta zastępuje pouczenie organu o odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.
    **Jeżeli prawo tych państw nie przewiduje wydawania informacji do celów działalności zawodowej lub wolontariackiej związanej z kontaktami z dziećmi, przedkłada się informację z rejestru karnego tego państwa. W przypadku gdy prawo państwa, z którego ma być przedłożona powyższa informacja nie przewiduje jej sporządzenia lub w danym państwie nie prowadzi się rejestru karnego, składa się oświadczenie o tym fakcie wraz z oświadczeniem , że Przyjmujący zamówienie nie był prawomocnie skazany w tym państwie za czyny zabronione odpowiadające przestępstwom określonym w rozdziale XIX i XXV Kodeksu karnego, w art. 189a i art. 207 Kodeksu karnego oraz w ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii oraz nie wydano wobec niego innego orzeczenia, w którym stwierdzono, iż dopuścił się takich czynów zabronionych, oraz że nie ma obowiązku wynikającego z orzeczenia sądu, innego uprawnionego organu lub ustawy stosowania się do zakazu zajmowania wszelkich lub określonych stanowisk, wykonywania wszelkich lub określonych zawodów albo działalności, związanych z wychowaniem, edukacją, wypoczynkiem, leczeniem, świadczeniem porad psychologicznych, rozwojem duchowym, uprawianiem sportu lub realizacją innych zainteresowań przez małoletnich, lub z opieką nad nimi.

……	……
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***)

KRYTERIA OCENY PUNKTOWEJ OFERTY – ZAKRES LEKARSKI		
KRYTERIUM – JAKOŚĆ	**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 – JAKOŚĆ	**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 – DOSTĘPNOŚĆ	**WAGA**	**Właściwe zaznaczyć krzyżykiem**
3. DOSTĘPNOŚĆ		
3.1. DEKLAROWANA minimalna LICZBA GODZIN ŚWIADCZENIA USŁUG W MIESIĄCU:		
3.1.1. DEKALROWANIA minimalna LICZBA GODZIN ŚWIADCZENIA USŁUG W MIESIĄCU		
Do 81	0 pkt	
82-160	3 pkt	
161-240	5 pkt	
Powyżej 240	6 pkt	
3.1.2.W ZAKRESIE ORDYNACJI		
Do 145	5 pkt	
146-180	3 pkt	

181-240	1 pkt	
Powyżej 240	0 pkt	
3.1.3.W ZAKRESIE DYŻURÓW		
Do 81	0 pkt	
82-160	3 pkt	
161-240	5 pkt	
Powyżej 240	6 pkt	
3.2. W ZAKRESIE OKRESU TRWANIA UMOWY		
1 rok	0 pkt	
2 lata	3 pkt	
3 lata	5 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 mocodawcę