

Załącznik Nr 1

### FORMULARZ OFERTOWY Z KRYTERIAMI OCENY

#### DANE OFERENTA:

Imię i nazwisko: .....

Numer prawa wykonywania zawodu: .....

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

.....

.....

Telefon: ..... E-mail: .....

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

Oferuję udzielanie świadczeń zdrowotnych w następującym zakresie:

| Zakres, na który składana jest oferta                                              | Proponowane wynagrodzenie                                                                                                                                                                                             | Oferowana liczba godzin świadczenia usług w tygodniu |
|------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| 1.                                                                                 | 2.                                                                                                                                                                                                                    | 3.                                                   |
| Udzielanie świadczeń zdrowotnych w Poradni Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu | procent (%) wartości punktu oczekiwanego przez lekarza od każdego punktu uzyskanego przez Zamawiającego od Narodowego Funduszu Zdrowia z tytułu realizacji przez Oferenta świadczeń objętych przedmiotem postępowania | Oferowana liczba godzin świadczenia usług w tygodniu |
|                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                       |                                                      |

Ceną oferty jest proponowany procent (%) wartości punktu oczekiwanego przez lekarza od każdego punktu uzyskanego przez Zamawiającego od Narodowego Funduszu Zdrowia z tytułu realizacji przez Oferenta świadczeń objętych przedmiotem postępowania.

| KRYTERIA OCENY PUNKTOWEJ OFERTY - ZAKRES LEKARSKI |        |                               |
|---------------------------------------------------|--------|-------------------------------|
| KRYTERIUM - KWALIFIKACJE                          | WAGA   | Właściwe zaznaczyć krzyżykiem |
| <b>1. KWALIFIKACJE ZAWODOWE *</b>                 |        |                               |
| 1.1. STOPIEŃ NAUKOWY W DZIEDZINIE MEDYCYNY        |        |                               |
| LEKARZ ZE SPECJALIZACJĄ                           | 5 pkt. |                               |
| LEKARZ BEZ SPECJALIZACJI                          | 3 pkt. |                               |

|                                                                                                                                                                                                                                                      |             |                                      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|--------------------------------------|
| <b>1.2. POSIADANE SPECJALIZACJE (INNE NIŻ WYMAGANA DLA PROFILU, NA KTÓRĄ SKŁADANA JEST OFERTA), należy wpisać, jeśli Oferent posiada</b>                                                                                                             |             |                                      |
|                                                                                                                                                                                                                                                      | 1 pkt.      |                                      |
|                                                                                                                                                                                                                                                      | 1 pkt.      |                                      |
| * Punkty uzyskane w części 1(kwalifikacje zawodowe) sumują się - kwalifikacje należy potwierdzić załączeniem kserokopii stosownego dokumentu jeśli nie był składany Udzielającemu zamówienia podczas poprzedniego zatrudnienia.                      |             |                                      |
| <b>KRYTERIUM - DOŚWIADCZENIE</b>                                                                                                                                                                                                                     | <b>WAGA</b> | <b>Właściwe zaznaczyć krzyżykiem</b> |
| <b>2. DOTYCHCZASOWE, NIENAGANNE ŚWIADCZENIE PRACY LUB USŁUG W ZAWODZIE LEKARZA W LATACH ** Oświadczam, iż w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych stanowiących przedmiot niniejszego postępowania posiadam doświadczenie zawodowe wynoszące:</b> |             |                                      |
| do 2 lat                                                                                                                                                                                                                                             | 0 pkt       |                                      |
| powyżej 2 do 4 lat                                                                                                                                                                                                                                   | 2 pkt       |                                      |
| powyżej 4 lat do 8 lat                                                                                                                                                                                                                               | 3 pkt       |                                      |
| powyżej 8 lat                                                                                                                                                                                                                                        | 5 pkt       |                                      |
| ** Do obliczeń stosuje się każdy pełny rok kalendarzowy pracy. Punkty z kolejnych lat się nie sumują                                                                                                                                                 |             |                                      |
| <b>KRYTERIUM - DYSPOZYCYJNOŚĆ</b>                                                                                                                                                                                                                    | <b>WAGA</b> | <b>Właściwe zaznaczyć krzyżykiem</b> |
| <b>3. DYSPOZYCYJNOŚĆ - deklarowana minimalna liczba godzin świadczenia usług w tygodniu</b>                                                                                                                                                          |             |                                      |
| do 8h                                                                                                                                                                                                                                                | 1 pkt       |                                      |
| 9h - 14h                                                                                                                                                                                                                                             | 2 pkt       |                                      |
| 15h - 20h                                                                                                                                                                                                                                            | 3 pkt       |                                      |
| 21h - 26h                                                                                                                                                                                                                                            | 5 pkt       |                                      |
| 27h - 32h                                                                                                                                                                                                                                            | 8 pkt       |                                      |

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

**RAZEM LICZBA PUNKTÓW:** .....

(data i podpis Oferenta (pieczętka)/  
upoważnionego przedstawiciela Oferenta)

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



---

**Do oferty załączam poświadczone kopie:\***

**1. Indywidualna praktyka lekarska**

- dyplom lekarza,
- potwierdzonej za zgodność kopii prawa wykonywania zawodu,
- specjalizacje oraz dokumenty poświadczające dodatkowe uprawnienia,
- Zaświadczenie o wpisie do Rejestru Podmiotów wykonujących Działalność Leczniczą, DIL
- Centralna Ewidencja i informacja o Działalności Gospodarczej (dotyczy osób prowadzących działalność gospodarczą),
- kopia aktualnej polisy ubezpieczeniowej (dotyczy osób prowadzących działalność gospodarczą),
- wpis do rejestrów: wojewody, właściwych izb lub inny dokument zezwalający na prowadzenie działalności (w zakresie, który dotyczy danego oferenta).
- Oświadczenia Oferenta
- informację 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, zgodnie z przepisami art. 21 ust. 3-8 ustawy z dnia 13 maja 2016 r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym i ochronie małoletnich (Dz. U. z 2024 r. poz. 560) nie starszą niż sprzed trzech miesięcy przed terminem składania ofert,
- klauzula informacyjna i zgoda rekrutacyjna.

Święta Katarzyna,.....2025r.

---

Data, pieczęć i podpis Oferenta

\* Dokumenty wymienione w ust. 1 mogą być przedłożone w formie kopii, poświadczonych „za zgodność z oryginałem” przez Oferenta.

