**Załącznik nr 6 do SWKO**

**FORMULARZ OCENY KRYTERIÓW**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Kryterium** | **Forma w jakiej oferent spełnia kryteria** | **Spełnia(wypełnia Oferent)** |
| **Jakościowe****(co najmniej 8 letnie doświadczenie w zakresie wykonywania usług protetycznych polegających na tworzeniu i naprawie uzupełnień protetycznych)** | Prawidłowym sposobem udokumentowania posiadanego doświadczenia jest przedłożenie wraz z Ofertą stosownego oświadczenia Oferenta, złożonego w treści niniejszego formularza poprzez zakreślenie odpowiednio słowa TAK lub NIE w prawej kolumnie formularza, oraz, w przypadku zakreślenia słowa TAK, przedłożenie dokumentu potwierdzającego, że przynajmniej jeden pracownik Oferenta, który ma być zaangażowany w wykonywanie usług na rzecz Zamawiającego, posiada od co najmniej 8 lat przed datą złożenia oferty w ramach niniejszego konkursu, uprawnienia do wykonywania usług objętych przedmiotem konkursu (potwierdzenie przyznania uprawnień zawodowych, potwierdzenie zatrudnienia na określonym stanowisku, itp.).  | TAK\*/NIE |
| **Kompleksowości****(zadeklarowanie odbiór zleceń i wycisków od Zamawiającego w dniu, w którym odbyła się wizyta pacjenta któremu jest udzielane świadczenie zdrowotne z zakresu technicznych usług protetycznych)** | Prawidłowym sposobem udokumentowania spełnienia omawianego kryterium jest przedłożenie stosownego oświadczenia wraz z Ofertą, złożonego w treści niniejszego formularza poprzez zakreślenie odpowiednio słowa TAK lub NIE w prawej kolumnie formularza. | TAK/NIE |
| **Dostępności****(zadeklarowanie o możliwości udzielania świadczeń również w weekendy i dni ustawowo wolne od pracy)** | Prawidłowym sposobem udokumentowania spełnienia omawianego kryterium jest przedłożenie stosownego oświadczenia wraz z Ofertą, złożonego w treści niniejszego formularza poprzez zakreślenie odpowiednio słowa TAK lub NIE w prawej kolumnie formularza. | TAK/NIE |
| **Ciągłości** **(potwierdzenie współpracy z podmiotem leczniczym w przedmiocie udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu technicznych usług protetycznych o wartości min. 90.000,00 zł, przez okres co najmniej 5 lat poprzedzających złożenie oferty)** | Prawidłowym sposobem udokumentowania spełnienia omawianego kryterium jest przedłożenie stosownego oświadczenia wraz z Ofertą, złożonego w treści niniejszego formularza poprzez zakreślenie odpowiednio słowa TAK lub NIE w prawej kolumnie formularza, oraz, w przypadku zakreślenia słowa TAK, przedłożenie dokumentu potwierdzającego przedmiotową współpracę (kopia umowy, zaświadczenie lub referencje wystawione przez podmiot, z którym współpracuje lub współpracował Oferent, itp.). | TAK\*/NIE |
| **Finansowe** | Cena brutto ( wraz z podatkiem VAT) wykonania zamówieniaza punkt. | ……… zł |

*\* w przypadku udzielenie odpowiedzi twierdzącej załączyć właściwy dokument/dokumenty*

……………………………………………

 Podpis i pieczęć Oferenta