Załącznik nr 5 do SWKO

**FORMULARZ OCENY KRYTERIÓW**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Kryterium** | **Forma w jakiej Oferent spełnia kryteria (wypełnia Oferent)** | **Sposób potwierdzenia** | **Punktacja[[1]](#footnote-1)** |
| **Jakościowe** | **Oferent otrzyma 5 punktów w przypadku posiadania specjalizacji.****TAK/NIE** | **Kserokopia dyplomu** | **/5** |
| **Kompleksowości** | **Oferent otrzyma 5 punktów za posiadanie co najmniej trzyletniego doświadczenia w udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu świadczeń pielęgniarskich z anestezjologii i intensywnej opieki.****TAK/NIE** | **Przedłożenie oświadczenia potwierdzone przez Kierownika/Pielęgniarkę Oddziałową lub przedłożenie dokumentów potwierdzających doświadczenie** | **/5** |
| **Dostępności** | **Oferent otrzyma 5 pkt w przypadku zadeklarowania udzielania świadczeń w wyższym wymiarze niż tygodniowy wymiar 16 godzin / 64 godzin miesięcznie****TAK/NIE** | **Przedłożenie oświadczenia przez Oferenta.** | **/5** |
|  |  |  |  |
| **Ciągłości** | **Oferent otrzyma 5 pkt za udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie anestezjologii w okresie 24 miesięcy poprzedzających złożenie oferty.****TAK/NIE** | **Przedłożenie oświadczenia potwierdzonego przez****Ordynatora/Kierownika jednostki/komórki,****w której realizowane były przedmiotowe świadczenia lub pracodawcę/podmiot zatrudniający,****u którego realizowane były świadczenia, albo wynika z dokumentów** | **/5** |
| **Finansowe** | **Zaproponowana stawka brutto za godzinę udzielania świadczeń****………………. Zł** | **Weryfikacja ofert przez Komisję** | **/80** |

…………………………………………………

Podpis i pieczęć Oferenta

1. Wypełnia Komisja Konkursowa [↑](#footnote-ref-1)