***Załącznik nr 1 do SWKO***

....................................... ...................................

(pieczątka Oferenta) (data i miejsce)

## O F E R T A

## DLA

## SPECJALISTYCZNEGO SZPITALA im. dra

## ALFREDA SOKOŁOWSKIEGO w WAŁBRZYCHU

Nawiązując do konkursu ofert

**NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH AMBULATORYJNYCH W RODZAJU PODSTAWOWA OPIEKA ZDROWOTNA W ZAKRESIE NOCNEJ I ŚWIATECZNEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ W MIEJSCU ZAMIESZKANIA LUB POBYTU ŚWIADCZENIOBIORCY.**

…………………………………………………………………………………………………

Nazwa podmiotu ( zgodnie z wpisem do właściwego rejestru)

………………………………………………………………………………………………….

Adres podmiotu

………………………………………………………………………………………………….

NIP /Regon

………………………………………………………………………………………………….

Numer telefonu i adres mail:

Niniejszym składam ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna w zakresie w zakresie:

świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej udzielane w warunkach ambulatoryjnych w miejscu zamieszkania lub pobytu świadczeniobiorcy.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Wymagane kryterium ofertowe** | **Potwierdzenie spełniania wymagań\*** | **Waga punktowa** | **Przyznane punkty** |
| 1. | Doświadczenie zawodowe Oferenta w zakresie świadczeń objętych postępowaniem konkursowym | minimum 3 lata  powyżej 3 lat | **5 pkt.**  **10 pkt.** |  |
| 2. | Kwalifikacje zawodowe personelu | Lekarz ze specjalizacją  Pielęgniarka ze specjalizacją | **10 pkt.**  **10 pkt.** |  |
| 3. | Wysokość stawki ryczałtowej miesięcznej w PLN brutto |  | **40 pkt.**  **lub 10 pkt.** |  |
| 4. | Dyspozycyjność Oferenta | Ilość zespołów wyjazdowych  ……………………………… | **5 pkt.**  **do 20 pkt.** |  |
| 5. | Posiadanie Certyfikatu ISO:9001 | TAK/ NIE | **10 pkt.** |  |

\*dotyczy punktu 1,2 i 5 – podkreślić właściwą odpowiedź.

punkt 3 i 4 należy uzupełnić.

.................................. .............................................

miejscowość, data podpis Oferenta