Załącznik Nr 3

do Regulaminu Pracy Komisji Konkursowej

**FORMULARZ OCENY MERYTORYCZNEJ OFERTY**

**na świadczenie w 2021roku usług z zakresu leczenia teleangiektazji dla mieszkańców Miasta Skierniewice, finansowanych z budżetu Miasta Skierniewice.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nazwa Oferenta:** | | | |
| Nr oferty: |  | | |
| **I. Dostępność świadczeń** | | **Max 11 pkt** | |
| Świadczenie usług 5 godzin dziennie, przez 5 dni w tygodniu, w tym jeden dzień do 18:00 | | 0-1 |  |
| Świadczenie usług po godzinie 18:00 (za każdy dzień – 1 pkt) | | 0-5 |  |
| Dostępność świadczeń powyżej 5 godzin dziennie (za każdy dodatkową godzinę powyżej 5 godzin – 1 pkt) | | 0-5 |  |
| **II. PERSONEL** | | **Max 3 pkt** | |
| Lekarz POZ | | 0-1 |  |
| Lekarz dermatolog | | 0-1 |  |
| Inny specjalista (za każdego kolejnego – 1 pkt) | | 0-1 |  |
| **III. WARUNKI LOKALOWE – BUDYNEK, SPRZĘT** | | **Max 9 pkt** | |
| Obiekt dostosowany do osób ze specjalnymi potrzebami | | 0-1 |  |
| Przebieralnia – oddzielne pomieszczenie | | 0-1 |  |
| Pomieszczenie higieniczno-sanitarne, wyposażone w natrysk | | 0-1 |  |
| Opis sprzętu i aparatury medycznej do realizacji świadczeń w zakresie leczenia teleangiektazji | | 0-6 |  |
| **IV. SUMA PUNKTÓW** | |  | |

**Wartość punktowa wyliczana jest według wzoru:**

**C min**

**Liczba punktów = -----------x 100**

**Cn**

**C min-** najniższa zaoferowana cena brutto

**Cn** – wartość ceny oferowanej brutto zaproponowanej w ocenianej ofercie

**Podpisy członków Komisji:**

**1) ………………………….. 3) …………………………..**

**2) ………………………….. 4) …………………………...**