Załącznik nr 8

Nazwa Wykonawcy: ...............................................................................................................

**OŚWIADCZENIE dot. kryteriów oceny ofert**

Przystępując do postępowania w trybie konkursu ofert, którego przedmiotem jest:

**„Świadczenie usług medycznych w zakresie teleradiologii na rzecz SPZZOZ w Wyszkowie”**

nr sprawy:DEZ/Z/341/ZP-29/2025\_KO,

oświadczam, że spełniam kryteria oceny ofert zgodnie z poniższym wskazaniem:

**PAKIET NR 1 – opisy TK**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **J - Jakość - 10% (maximum 10 pkt.) – 1% = 1 pkt, według poniżej podanej skali** | | **Należy wskazać odpowiednią ilość pkt** |
| 1 | * Posiadanie kadry medycznej w tym co najmniej 3 lekarzy specjalistów w zakresie radiologii i diagnostyki obrazowej ze stażem zawodowym powyżej 5 lat (liczone od 61 miesiąca)- **10 pkt** |  |
| 2 | * Posiadanie kadry medycznej w tym co najmniej 3 lekarzy specjalistów w zakresie radiologii i diagnostyki obrazowej ze stażem zawodowym 3 - 5 lat (liczone od 37 do 60 miesiąca)- **5 pkt** |  |
| 3 | * Posiadanie kadry medycznej w tym 3 lekarzy specjalistów w zakresie radiologii i diagnostyki obrazowej ze stażem zawodowym poniżej 3 lat - **0 pkt** |  |
| **Ilość punktów w kryterium „J” Jakość wynosi** | |  |
| **U – Ciągłość świadczenia uslugi – 10% (maximum 10 pkt.) 1% = 1 pkt, według poniżej podanej skali** | | **Należy wskazać odpowiednią ilość pkt** |
| 1 | * Udzielanie świadczeń w zakresie teleradiologii nieprzerwanie przez okres powyżej 36 miesięcy do momentu składania ofert (liczone od 37 miesiąca) - **10 pkt** |  |
| 2 | * Udzielanie świadczeń w zakresie teleradiologii nieprzerwanie przez okres od 13 do 36 miesięcy do momentu składania ofert - **5 pkt** |  |
| 3 | * Udzielanie świadczeń w zakresie teleradiologii nieprzerwanie przez okres 12 miesięcy do momentu składania ofert **- 0 pkt** |  |
| **Ilość punktów w kryterium „U” Ciągłość świadczenia usługi wynosi** | |  |

Potwierdzeniem powyższych kryteriów są:

1…………………

2…………………

…………..

**PAKIET NR 2 – opisy RTG**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **J - Jakość - 10% (maximum 10 pkt.) – 1% = 1 pkt, według poniżej podanej skali** | | **Należy wskazać odpowiednią ilość pkt** |
| 1 | * Posiadanie kadry medycznej w tym co najmniej 3 lekarzy specjalistów w zakresie radiologii i diagnostyki obrazowej ze stażem zawodowym powyżej 5 lat (liczone od 61 miesiąca)- **10 pkt** |  |
| 2 | * Posiadanie kadry medycznej w tym co najmniej 3 lekarzy specjalistów w zakresie radiologii i diagnostyki obrazowej ze stażem zawodowym 3 - 5 lat (liczone od 37 do 60 miesiąca)- **5 pkt** |  |
| 3 | * Posiadanie kadry medycznej w tym 3 lekarzy specjalistów w zakresie radiologii i diagnostyki obrazowej ze stażem zawodowym poniżej 3 lat - **0 pkt** |  |
| **Ilość punktów w kryterium „J” Jakość wynosi** | |  |
| **U – Ciągłość świadczenia uslugi – 10% (maximum 10 pkt.) 1% = 1 pkt, według poniżej podanej skali** | | **Należy wskazać odpowiednią ilość pkt** |
| 1 | * Udzielanie świadczeń w zakresie teleradiologii nieprzerwanie przez okres powyżej 36 miesięcy do momentu składania ofert (liczone od 37 miesiąca) - **10 pkt** |  |
| 2 | * Udzielanie świadczeń w zakresie teleradiologii nieprzerwanie przez okres od 13 do 36 miesięcy do momentu składania ofert - **5 pkt** |  |
| 3 | * Udzielanie świadczeń w zakresie teleradiologii nieprzerwanie przez okres 12 miesięcy do momentu składania ofert **- 0 pkt** |  |
| **Ilość punktów w kryterium „U” Ciągłość świadczenia usługi wynosi** | |  |

Potwierdzeniem powyższych kryteriów są:

1…………………

2…………………

…………..

Liczbę punktów należy wpisać w Załączniku nr 1

|  |
| --- |
|  |
| *Data, podpis* |