

**FORMULARZ OFERTOWY**  
**NA ŚWIADCZENIE USŁUG ZDROWOTNYCH**  
 dla **Techników elektroradiologii, Elektroradiologów** w zakresie  
 zabezpieczenia Jednostek Organizacyjnych Spółki  
 w COPERNICUS Podmiot Leczniczy sp. z o.o. w Gdańsku

IMIĘ			
NAZWISKO (nazwisko rodowe)			
IMIĘ OJCA, IMIĘ MATKI			
ADRES ZAMIESZKANIA/TELEFON			
NIP			
REGON			
PESEL			
DYSPOZYCYJNOŚĆ (preferowany termin obowiązywania umowy cywilnoprawnej)			
PREFEROWANA PRZEZ OFERENTA JEDNOSTKA ORGANIZACYJNA:			
WYKSZTAŁCENIE			
<b>KRYTERIUM</b>	<b>WAGA</b>	Właściwe zaznaczyć krzyżykiem	
<b>1. WCZEŚNIEJSZA WSPÓŁPRACA</b>			
<b>1.1. DOTYCHCZASOWE, NIENAGANNE ŚWIADCZENIE PRACY LUB USŁUG NA RZECZ COPERNICUS PL SP. Z O.O. POTWIERDZONE OPINIĄ BEZPOŚREDNIEGO PRZEŁOŻONEGO:</b>			
brak	-	pkt	
do 2 lat	1	pkt	
od 2 do 4 lat	2	pkt	
powyżej 4 lat	3	pkt	
<b>1.2. PRZEDTERMINOWE ROZWIĄZANIE UMOWY z COPERNICUS Podmiot Leczniczy Sp.z o.o. NA WNIOSEK OFERENTA:</b>			
NIE	-	pkt	
TAK	-5	pkt	
<b>KRYTERIUM</b>		Proszę przy odpowiednim przedziale wpisać deklarowaną liczbę godzin	
<b>2. DYSPOZYCYJNOŚĆ</b>			
<b>2.1. DEKLAROWANA LICZBA GODZIN ŚWIADCZENIA USŁUG W MIESIĄCU (proszę podać konkretną liczbę godzin):</b>			
<120	-	pkt	h
121-144	1	pkt	h
145-168	2	pkt	h
169-192	3	pkt	h
193-228	4	pkt	h
229-240	5	pkt	h
<b>2.2. GOTOWOŚĆ DO PEŁNIENIA DYŻURÓW POZA USTALONYM GRAFIKIEM W SYTUACJACH LOSOWYCH, WEDŁUG ZAPOTRZEBOWANIA ZAMAWIAJĄCEGO</b>			
TAK	1	pkt	
NIE	-	pkt	

1/2

<b>3. OFEROWANA STAWKA GODZINOWA (proszę podać konkretną stawkę)</b>				
Zadanie	miara	cena 1 godziny		
świadczenie usług	stawka/godz.	.....		
dylżur pod telefonem (gotowość)*	stawka/godz.	.....		
Interwencje poza dylżurem (wezwanie)*	stawka/godz.	.....		
Zabieg interwencyjny**	stawka/zabieg	.....		
Zabieg diagnostyczny**	stawka/zabieg	.....		
<b>3.1. OFEROWANA STAWKA GODZINOWA:.....zł/h (punktacja dostępna w tabeli A)</b>				
<b>4. DODATKOWE KWALIFIKACJE (potwierdzone zaświadczeniem)***</b>				
<b>4.1. Doświadczenie w wykonywaniu badań:</b>				
rodzaj badania	liczba badań	miejsce świadczenia usług	czas wykonywania świadczeń	waga
rezonans magnetyczny				1 pkt
tomografia komputerowa				1 pkt
mammografia				1 pkt
badania rentgenodiagnostyczne				1 pkt
Inne .....				1 pkt
<b>OBJAŚNIENIA</b>				

**AD. CZ. 1 FORMULARZA** - Warunkiem naliczenia punktów jest uzyskanie pozytywnej opinii bezpośredniego przełożonego.  
 Do obliczeń stosuje się każdy pełny rok kalendarzowy pracy. Negatywna opinia może stanowić podstawę odrzucenia oferty.  
 Punkty z kolejnych lat nie sumują się.  
 \* dotyczy Pracowni Radiologii Zabiegowej  
 \*\* jeśli dotyczy

\*\*\*wymaga się kopii dokumentów potwierdzających kwalifikacje/doświadczenie, aby uzyskać punkty.

<b>tabela A. PUNKTACJA za OFEROWANĄ STAWKĘ GODZINOWĄ</b>		
powyżej 50,00 zł	0	pkt
45,01 do 50,00 zł	1	pkt
40,01 do 45,00 zł	2	pkt
35,01 do 40,00 zł	3	pkt
poniżej 35,01 zł	0	pkt