

**FORMULARZ OFERTOWY**  
**NA ŚWIADCZENIE USŁUG ZDROWOTNYCH**  
**przez fizjoterapeutów w zakresie długoterminowej opieki domowej**  
w COPERNICUS Podmiot Leczniczy Sp. z o.o. w Gdańsku

|  |     |     |  |
|--|-----|-----|--|
| Imię*  |     |     |  |
| Nazwisko (Nazwisko rodowe)*  |     |     |  |
| Adres działalności*  |     |     |  |
| Telefon kontaktowy*  |     |     |  |
| NIP*   |     |     |  |
| Numer prawa wykonywania zawodu fizjoterapeuty*   |     |     |  |
| Preferowane MIEJSCE świadczenia usług*   |     |     |  |
| Imiona rodziców, nazwisko rodowe i data urodzenia oferenta*  |     |     |  |
| DYSPOZYCYJNOŚĆ (preferowany termin obowiązywania umowy cywilnoprawnej)*  |     |     |  |
| <b>1. KWALIFIKACJE ZAWODOWE (właściwe zaznaczyć)</b>   |     |     |  |
| <b>1.1. TYTUŁ MAGISTRA:</b>  |     |     |  |
| FIZJOTERAPII   | 2   | pkt |  |
| REHABILITACJI RUCHOWEJ   | 2   | pkt |  |
| <b>1.2. TYTUŁ TECHNIKA/LICENCJATA:</b>   |     |     |  |
| FIZJOTERAPII   | 1   | pkt |  |
| <b>1.3. TYTUŁ SPECJALISTY</b>  |     |     |  |
|  | 4   | pkt |  |
| <b>2. WCZEŚNIEJSZA WSPÓŁPRACA (właściwe zaznaczyć)</b>   |     |     |  |
| <b>2.1. PRZEDTERMINOWE ROZWIĄZANIE UMOWY (bez względu na jej rodzaj) NA WNIOSK lub z WINY OFERENTA:</b>  |     |     |  |
| NIE  | 0   | pkt |  |
| TAK  | -17 | pkt |  |
| <b>2.2. DOTYCHCZASOWE, NIENAGANNE ŚWIADCZENIE PRACY LUB USŁUG NA RZECZ COPERNICUS PL SP. Z O.O. POTWIERDZONE OPINIĄ BEZPOŚREDNIEGO PRZEŁOŻONEGO:</b> |     |     |  |
| NIE  | 0   | pkt |  |
| TAK  | 2   | pkt |  |
| <b>3. DEKLAROWANA LICZBA PACJENTÓW objętych opieką W MIESIĄCU: (proszę wpisać konkretną liczbę pacjentów)*</b>                                       |     |     |  |
| <b>4. ODLEGŁOŚĆ DO MIEJSCA ZAMIESZKANIA PACJENTA (proszę uzupełnić preferowany rejon świadczenia usług).....</b>                                     |     |     |  |
| do 50 km   | 1   | pkt |  |
| powyżej 50 km  | 3   | pkt |  |
| <b>5. UPRAWNIENIA DO KIEROWANIA POJAZDAMI</b>  |     |     |  |
| posiadanie prawa jazdy conajmniej kat. "B"   | 3   | pkt |  |
| <b>6. GOTOWOŚĆ DO PEŁNIENIA ŚWIADCZEŃ POZA USTALONYM GRAFIKIEM W SYTUACJACH LOSOWYCH, WEDŁUG ZAPOTRZEBOWANIA ZAMAWIAJĄCEGO</b>                       |     |     |  |
| TAK  | 1   | pkt |  |
| NIE  | 0   | pkt |  |
| <b>7. OFEROWANA STAWKA ZA 1 WIZYTĘ U PACJENTA: .....zł (proszę wpisać konkretną stawkę-punktacja dostępna w tabeli poniżej)</b>                      |     |     |  |

|   |     |     |
|---|-----|-----|
| <b>PUNKTACJA za OFEROWANĄ STAWKĘ za 1 wizytę u pacjenta</b> |     |     |
| powyżej 60,00 zł  | -17 | pkt |
| 60,00 zł  | 17  | pkt |
| poniżej 60,00 zł  | 17  | pkt |

\*pola obowiązkowe

\_\_\_\_\_ data i podpis oferenta