

**FORMULARZ OFERTOWY NA ŚWIADCZENIE USŁUG ZDROWOTNYCH
dla ratowników medycznych SOR w zakresie zabezpieczenia Jednostek Organizacyjnych Spółki
w COPERNICUS Podmiot Lecznicy Sp. z o.o.**

IMIĘ		
NAZWISKO /Nazwisko Rodowe		
IMIONA RODZICÓW		
ADRES ZAMIESZKANIA/TELEFON KONTAKTOWY		
DYSPOZYCYJNOŚĆ (preferowany termin obowiązywania umowy cywilnoprawnej)		
PREFEROWANA KOMÓRKA ORGANIZACYJNA (nazwa oddziału i szpitala)		
NIP		
REGON		
PESEL		
WYKSZTAŁCENIE		
KRYTERIUM	WAGA	Właściwe zaznaczyć "X"
1. KURSY KWALIFIKACYJNE W DZIEDZINIE:*		
BLS i AED	1	pkt
ALS	1	pkt
ILS	1	pkt
EPLS	1	pkt
NLS	1	pkt
GIC	1	pkt
ETC	1	pkt
ACLS	1	pkt
PALS	1	pkt
kurs doskonalący KDRM	1	pkt
inne ...	1	pkt
2. WCZEŚNIEJSZA WSPÓLPRACA ORAZ DOŚWIADCZENIE W UDZIELANIU ŚWIADCZEŃ / PRACY - POTWIERDZONE OPINIĄ BEZPOŚREDNIEGO PRZEŁOŻONEGO		
2.1. NA RZECZ COPERNICUS Podmiot Lecznicy Sp. z o.o.:		
tak	2	pkt
nie	0	pkt
2.2. PRZEDTERMINOWE ROZWIĄZANIE UMOWY Z COPERNICUS PL Sp. z o.o. NA WNIOSEK lub z WINY OFERENTA niezależnie od jej rodzaju:		
NIE	-	pkt
TAK	-24	pkt
2.3. ŚWIADCZENIE USŁUG / PRACA NA ODDZIAŁACH SZPITALNYCH*:		
brak	-	pkt
do 2 lat	1	pkt
powyżej 2 lat	2	pkt
2.4. ŚWIADCZENIE USŁUG / PRACA NA ODDZIAŁACH RATUNKOWYCH*:		
brak	-	pkt
do 5 lat	1	pkt
powyżej 5 lat	2	pkt
2.5. ŚWIADCZENIE USŁUG / PRACA W OBSZARZE SEGREGACJI SOR*:		
brak	-	pkt
do 2 lat	1	pkt
powyżej 2 lat	2	pkt
3. PRZERWA W ZAWODZIE (jeśli dotyczy poproszę wpisać długość przerwy w miesiącach).....		
4. DEKLAROWANA LICZBA GODZIN ŚWIADCZENIA USŁUG W MIESIĄCU:.....h (punktacja dostępna w tabeli B)		
5. GOTOWOŚĆ DO PEŁNIENIA DYZURÓW POZA USTALONYM GRAFIKIEM W SYTUACJACH LOSOWYCH, WEDŁUG ZAPOTRZEBOWANIA ZAMAWIAJĄCEGO:		
TAK	1	pkt
NIE	-	pkt
KRYTERIUM	WAGA	Proszę wpisać deklarowaną stawkę
6. OFEROWANA STAWKA GODZINOWA (proszę podać konkretną stawkę).....zł/h (punktacja dostępna w tabeli A)		
KRYTERIUM	WAGA	Właściwe zaznaczyć "X"
7. UPRAWNIENIA DO KIEROWANIA POJAZDAMI		
Posiadanie prawa jazdy co najmniej kat. "B"	1	pkt
Ukończenie kursu dla osób kierującymi pojazdami uprzywilejowanymi w ruchu	1	pkt

OBSZAR NA OBJAŚNIENIA

AD. CZ. 1 FORMULARZA - Punkty uzyskane w części 1 sumują się

AD. CZ. 2 FORMULARZA - Warunkiem naliczenia punktów jest uzyskanie pozytywnej opinii bezpośredniego przełożonego (dołączona na piśmie do oferty). Negatywna opinia może stanowić podstawę odrzucenia oferty.

Do obliczeń stosuje się każdy pełny rok kalendarzowy pracy.

*aby uzyskać punkty wymaga się kopii dokumentów potwierdzających kwalifikacje/doświadczenie oraz przedłożenia wszystkich dostępnych kart doskonalenia zawodowego, a w szczególności karty obowiązującej w aktualnym okresie edukacyjnym

tabela A. PUNKTACJA za OFEROWANĄ STAWKĘ GODZINOWĄ za udzielenie świadczeń medycznych na SOR:		
powyżej 55,00 zł	-24	pkt
55,00 zł	24	pkt
poniżej 55,00 zł	26	pkt
tabela B. PUNKTACJA ZA DEKLAROWANĄ LICZBĘ GODZIN ŚWIADCZENIA USŁUG W MIESIĄCU:		
<120	0	pkt
121 - 192	1	pkt
193 - 240	2	pkt

Data i Podpis Oferenta