

**FORMULARZ OFERTOWY
NA ŚWIADCZENIE USŁUG ZDROWOTNYCH
przez fizjoterapeutów**

w COPERNICUS Podmiot Leczniczy Sp. z o.o. w Gdańsku

Gdańsk, dn.

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)*			
1. KWALIFIKACJE ZAWODOWE (właściwie zaznaczyć)			
1.1. TYTUŁ MAGISTRA:			
FIZJOTERAPII	2	pkt	
REHABILITACJI RUCHOWEJ	2	pkt	
1.2. TYTUŁ TECHNIKA/LICENCJATA:			
FIZJOTERAPII	1	pkt	
1.3. TYTUŁ SPECJALISTY	4	pkt	
2. WCZEŚNIEJSZA WSPÓŁPRACA (właściwie zaznaczyć)			
2.1. PRZEDTERMINOWE ROZWIĄZANIE UMOWY (bez względu na jej rodzaj) NA WNIOSEK lub z WINY OFERENTA:			
NIE	0	pkt	
TAK	-13	pkt	
2.2. DOTYCHCZASOWE, NIENAGANNE ŚWIADCZENIE PRACY LUB USŁUG NA RZECZ COPERNICUS PL SP. Z O.O. POTWIERDZONE OPINIĄ BEZPOŚREDNIEGO PRZEŁOŻONEGO:			
NIE	0	pkt	
TAK	2	pkt	
3. DEKLAROWANA LICZBA GODZIN ŚWIADCZENIA USŁUG W MIESIĄCU: (proszę wpisać konkretną liczbę godzin)*			
mniej niż 100	0	pkt	h
101-180	1	pkt	h
181-240	2	pkt	h
4. GOTOWOŚĆ DO PEŁNIENIA DYŻURÓW POZA USTALONYM GRAFIKIEM W SYTUACJACH LOSOWYCH,			
TAK	1	pkt	
NIE	0	pkt	
5. OFEROWANA STAWKA GODZINOWA:zł/h (proszę wpisać konkretną stawkę)			

PUNKTACJA za OFEROWANĄ STAWKĘ GODZINOWĄ za 1h świadczenia usług		
powyżej 40,00 zł	-13	pkt
40,00 zł	13	pkt
poniżej 40,00 zł	15	pkt

*pola obowiązkowe

_____ data i podpis oferenta