

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			
KRYTERIUM	WAGA	Właściwie zaznaczyć krzyżykiem	
1. WSPÓŁPRACA			
1.1. DOTYCHCZASOWE, NIENAGANNE ŚWIADCZENIE PRACY LUB USŁUG NA RZECZ COPERNICUS PL SP. Z O.O. POTWIERDZONE OPINIĄ BEZPOŚREDNIEGO PRZEŁOŻONEGO			
NIE	0	pkt	
TAK	2	pkt	
1. 2. PRZEDTERMINOWE ROZWIĄZANIE UMOWY (niezależnie od formy współpracy) z COPERNICUS Podmiot Leczniczy Sp.z o.o. NA WNIOSEK OFERENTA:			
NIE	0	pkt	
TAK	-10	pkt	
KRYTERIUM	Proszę przy odpowiednim przedziale wpisać deklarowaną liczbę godzin		
2. DEKLAROWANA LICZBA GODZIN ŚWIADCZENIA USŁUG W MIESIĄCU (proszę podać konkretną liczbę godzin):			
<120	0	pkt	h
121-192	1	pkt	h
193-240	2	pkt	h
2.1. GOTOWOŚĆ DO PEŁNIENIA DYŻURÓW POZA USTALONYM GRAFIKIEM W SYTUACJACH LOSOWYCH, WEDŁUG ZAPOTRZEBOWANIA ZAMAWIAJĄCEGO			
TAK	1	pkt	
NIE	0	pkt	
3. OFEROWANA STAWKA GODZINOWA (proszę podać konkretną stawkę-punktacja dostępna w tabeli A)			
OFEROWANA STAWKA GODZINOWA:.....zł/h (punktacja dostępna w tabeli A)			
4. DOŚWIADCZENIE w wykonywaniu badań:*			
rodzaj badania	waga		
rezonans magnetyczny	1	pkt	
tomografia komputerowa	1	pkt	
mammografia	1	pkt	
badania rentgenodiagnostyczne	1	pkt	
inne	1	pkt	
OBJAŚNIENIA			

AD. CZ. 1 FORMULARZA - Warunkiem naliczenia punktów jest uzyskanie pozytywnej opinii lub rekomendacji bezpośredniego przełożonego.

Negatywna opinia może stanowić podstawę odrzucenia oferty.

*wymaga się pisemnego potwierdzenia wykonywania badań z wcześniejszych miejsc wykonywania świadczeń/pracy

tabela A. PUNKTACJA za OFEROWANĄ STAWKĘ GODZINOWĄ		
powyżej 50,00 zł	-10	pkt
50,00 zł	10	pkt
poniżej 50,00 zł	15	pkt