

**FORMULARZ OFERTOWY NA ŚWIADCZENIE USŁUG ZDROWOTNYCH DLA PIELĘGNIARKI**  
w zakresie zabezpieczenia Jednostek Organizacyjnych Spółki COPERNICUS PL Sp. z o.o. (oddziały/poradnia)

Dane identyfikacyjne oferenta:

1. Imię i Nazwisko.....

2. Nazwa/siedziba oferenta.....

3. Nr telefonu/adres email.....

4. NIP/Regon.....

5. Imiona rodziców, nazwisko rodowe i data urodzenia oferenta.....

6. Preferowana komórka organizacyjna - **proszę wpisać preferowane miejsce świadczenia usług**:.....

7. PREFEROWANY TERMIN WSPÓŁPRACY - **proszę wpisać preferowany termin od/do obowiązywania umowy cywilnoprawnej**:.....

8. Przerwa w zawodzie - **proszę wpisać długość przerwy w miesiącach (jeśli dotyczy)**.....

KRYTERIUM	WAGA		OFERTA
<b>1. KWALIFIKACJE ZAWODOWE*</b>			
<b>1.1. WYKSZTAŁCENIE W DZIEDZINIE (proszę zaznaczyć tylko jedną opcję):</b>			
MAGISTER PIELĘGNIARSTWA	2	pkt	
MAGISTER POŁOŻNICTWA	2	pkt	
LICENCJAT PIELĘGNIARSTWA	1	pkt	
LICENCJAT POŁOŻNICTWA	1	pkt	
<b>1.2. TYTUŁ SPECJALISTY W DZIEDZINIE PIELĘGNIARSTWA:**</b>			
	3	pkt	

KRYTERIUM	WAGA		OFERTA
<b>2. WCZEŚNIEJSZA WSPÓŁPRACA*</b>			
<b>2.1. DOTYCHCZASOWE, NIENAGANNE ŚWIADCZENIE PRACY LUB USŁUG NA RZECZ COPERNICUS PL SP. Z O.O. <u>POTWIERDZONE OPINIĄ</u> BEZPOŚREDNIEGO PRZEŁOŻONEGO:</b>			
tak	2	pkt	
nie	0	pkt	

<b>2.2. PRZEDTERMINOWE ROZWIĄZANIE UMOWY z COPERNICUS PL Sp.zo.o. NA WNIOSEK lub z WINY OFERENTA niezależnie od jej rodzaju:</b>			
NIE	0	pkt	
TAK	-10	pkt	

**3. DEKLAROWANA MAKSYMALNA LICZBA GODZIN ŚWIADCZENIA USŁUG W MIESIĄCU (proszę wpisać deklarowaną liczbę godzin):.....h (punktacja dostępna w tabeli B)**

**4. GOTOWOŚĆ DO PEŁNIENIA DYŻURÓW POZA USTALONYM GRAFIKIEM W SYTUACJACH LOSOWYCH, WEDŁUG ZAPOTRZEBOWANIA ZAMAWIAJĄCEGO**

TAK	1	pkt	
NIE	-	pkt	

**5. OFEROWANA STAWKA GODZINOWA (proszę podać konkretną stawkę za godzinę świadczenia usług): .....zł/h (punktacja dostępna w tabeli A)**

**OBJAŚNIENIA**

AD. CZ. 1 FORMULARZA - uzyskane punkty sumują się  
 AD. CZ. 2.1. FORMULARZA - Warunkiem naliczenia punktów jest uzyskanie pozytywnej opinii bezpośredniego przełożonego. Negatywna opinia może stanowić podstawę odrzucenia oferty.  
 AD. CZ. 3 FORMULARZA - oferty zawierające deklarację świadczenia usług poniżej 48h będą odrzucone w postępowaniu

\*właściwe zaznaczyć krzyżykiem  
 \*\* wpisać nazwę specjalizacji (jeśli dotyczy)

<b>6. Świadczenia w Pracowni Kardiologii Inwazyjnej oraz Centrum Diagnostyki Obrazowej (jeśli dotyczy proszę podać konkretną stawkę i ilość godzin):</b>		
Dyżur pod telefonem	cena/godzina/ ilość h	
Interwencje poza dyżurem (wezwanie)	cena/godzina/ ilość h	

<b>7. Świadczenia w Pracowni Radiologii Zabiegowej (jeśli dotyczy proszę podać konkretną stawkę i ilość zabiegów):</b>		
Zabieg interwencyjny	cena/zabieg/ilość zabiegów	
Zabieg diagnostyczny	cena/zabieg/ilość zabiegów	
<b>8. Świadczenia w POZ (jeśli dotyczy proszę podać cenę za jednego optowanego pacjenta):.....zł</b>		
<b>9. Świadczenia w Pracowni Endoskopowej (jeśli dotyczy proszę wypełnić załącznik do formularza ofertowego dostępny na stronie 2)</b>		

DATA i PODPIS OFERENTA

**Załącznik do 9 punktu formularza ofertowego - dotyczy świadczeń w Pracowni Endoskopowej**

**Oferta cenowa:**

NAZWA ŚWIADCZENIA	DEKLAROWANA CENA ZA 1 ŚWIADCZENIE
Gastroskopia	
Kolonoskopia	
Badania na wezwanie+dojazd	
Pozostałe badania	

<b>tabela A.PUNKTACJA za OFEROWANĄ STAWKĘ GODZINOWĄ świadczenia usług na oddziałach Spółki dla pielęgniarki <u>ze specjalizacją</u></b>
<b>stawka/punkty</b>
powyżej 68,00 zł / - 10pkt.(punkty ujemne)
68,00 zł / 10pkt.(punkty dodatnie)
poniżej 68,00 zł / 15pkt. (punkty dodatnie)

<b>tabela A.PUNKTACJA za OFEROWANĄ STAWKĘ GODZINOWĄ świadczenia usług na oddziałach Spółki dla pielęgniarki <u>bez specjalizacji</u></b>
<b>stawka/punkty</b>
powyżej 65,00 zł / - 10pkt.(punkty ujemne)
65,00 zł / 10pkt.(punkty dodatnie)
poniżej 65,00 zł / 15pkt. (punkty dodatnie)

<b>tabela B. PUNKTACJA za DEKLAROWANĄ <u>MAKSYMALNĄ</u> LICZBĘ GODZIN ŚWIADCZENIA USŁUG W MIESIĄCU</b>
<120h / 0pkt.
121h - 192h / 1pkt.
193h - 240h / 2pkt.

DATA i PODPIS OFERENTA