

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

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 przez oferenta termin obowiązywania umowy cywilnoprawnej)*			
<b>1. KWALIFIKACJE ZAWODOWE (właściwie 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 (właściwie zaznaczyć)</b>			
<b>2.1. PRZEDTERMINOWE ROZWIĄZANIE UMOWY (bez względu na jej rodzaj) NA WNIOSEK lub z WINY OFERENTA:</b>			
NIE	0	pkt	
TAK	-13	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 GODZIN ŚWIADCZENIA USŁUG W MIESIĄCU: (proszę wpisać konkretną liczbę godzin)*</b>			
mniej niż 100	0	pkt	h
101-180	1	pkt	h
181-240	2	pkt	h
<b>4. GOTOWOŚĆ DO PEŁNIENIA DYŻURÓW POZA USTALONYM GRAFIKIEM W SYTUACJACH LOSOWYCH,</b>			
TAK	1	pkt	
NIE	0	pkt	
<b>5. OFEROWANA STAWKA GODZINOWA: .....zł/h (proszę wpisać konkretną stawkę-punkcja dostępna w tabeli poniżej)</b>			

PUNKTACJA za OFEROWANĄ STAWKĘ GODZINOWĄ za 1h świadczenia usług		
powyżej 43,00 zł	-13	pkt
43,00 zł	13	pkt
poniżej 43,00 zł	15	pkt

\*pola obowiązkowe

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