

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

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
1. KWALIFIKACJE ZAWODOWE*			
1.1. WYKSZTAŁCENIE I DOŚWIADCZENIE:			
MAGISTER POŁOŻNICTWA	2	pkt	
LICENCJAT POŁOŻNICTWA	1	pkt	
Udokumentowane doświadczenie w pracy z noworodkiem na intensywnej terapii min. 5 lat	5	pkt	
1.2. TYTUŁ SPECJALISTY W DZIEDZINIE PIELĘGNIARSTWA:**			
specjalizacja w zakresie pielęgniarstwa neonatologicznego	3	pkt	

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

2.2. PRZEDTERMINOWE ROZWIĄZANIE UMOWY z COPERNICUS PL Sp.zo.o. NA WNIOSEK lub z WINY OFERENTA niezależnie od jej rodzaju:			
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)

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

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

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	

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

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

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

DATA i PODPIS OFERENTA