

FORMULARZ OFERTOWY 5
NA ŚWIADCZENIE USŁUG ZDROWOTNYCH
przez fizjoterapeutów w zakresie długoterminowej opieki domowej
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 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	-17	pkt	
2.2. DOTYCHCZASOWE, NIENAGANNE ŚWIADCZENIE PRACY LUB USŁUG NA RZECZ COPERNICUS PL SP. Z O.O. POTWIERDZONE OPINIĄ lub REKOMENDACJĄ BEZPOŚREDNIEGO PRZEŁOŻONEGO**:			
NIE	0	pkt	
TAK	2	pkt	
3. DEKLAROWANA LICZBA PACJENTÓW objętych opieką W MIESIĄCU: (proszę wpisać konkretną liczbę pacjentów)*			
4. ODLEGŁOŚĆ DO MIEJSCA ZAMIESZKANIA PACJENTA (proszę uzupełnić preferowany rejon świadczenia usług).....			
do 50 km	1	pkt	
powyżej 50 km	3	pkt	
5. UPRAWNIENIA DO KIEROWANIA POJAZDAMI			
posiadanie prawa jazdy conajmniej kat. "B"	3	pkt	
6. GOTOWOŚĆ DO PEŁNIENIA ŚWIADCZEŃ POZA USTALONYM GRAFIKIEM W SYTUACJACH LOSOWYCH, WEDŁUG ZAPOTRZEBOWANIA ZAMAWIAJĄCEGO			
TAK	1	pkt	
NIE	0	pkt	
7. OFEROWANA STAWKA ZA 1 WIZYTĘ U PACJENTA:zł (proszę wpisać konkretną stawkę-punktacja dostępna w tabeli poniżej)			

PUNKTACJA za OFEROWANĄ STAWKĘ za 1 wizytę u pacjenta		
powyżej 70,00 zł	-17	pkt
70,00 zł	17	pkt
poniżej 70,00 zł	17	pkt

*poła obowiązkowe

** Warunkiem naliczenia punktów jest uzyskanie pozytywnej opinii bezpośredniego przełożonego.
Negatywna opinia może stanowić podstawę odrzucenia oferty.

_____ data i podpis oferenta