

**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*			
Imiona rodziców, nazwisko rodowe i data urodzenia oferenta*			
1. KWALIFIKACJE ZAWODOWE (właściwe 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 (właściwe zaznaczyć)			
2.1. PRZEDTERMINOWE ROZWIĄZANIE UMOWY (bez względu na jej rodzaj) NA WNIOSEK lub z WINY OFERENTA:			
NIE	0	pkt	
TAK	-5	pkt	
2.2. DOTYCHCZASOWE, NIENAGANNE ŚWIADCZENIE PRACY LUB USŁUG NA RZECZ COPERNICUS PL SP. Z O.O. POTWIERDZONE OPINIĄ BEZPOŚREDNIEGO PRZEŁOŻONEGO lub REKOMENDACJĄ BEZPOŚREDNIEGO PRZEŁOŻONEGO:			
NIE	0	pkt	
TAK	10	pkt	
3. LICZBA GODZIN ŚWIADCZENIA USŁUG W MIESIĄCU:h**			
4. GOTOWOŚĆ DO PEŁNIENIA DYŻURÓW POZA USTALONYM GRAFIKIEM W SYTUACJACH LOSOWYCH,			
TAK	1	pkt	
NIE	0	pkt	
5. OFEROWANA STAWKA GODZINOWA:zł/h (proszę wpisać konkretną stawkę-punktacja dostępna w tabeli poniżej)			

PUNKTACJA za OFEROWANĄ STAWKĘ GODZINOWĄ za 1h świadczenia usług		
powyżej 50,00 zł	-5	pkt
50,00 zł	5	pkt
poniżej 50,00 zł	7	pkt

*poła obowiązkowe

** zgodnie z ogłoszeniem konkursowym

dot. pkt. 2.2. opinia/rekomendacja jest ważna 1 mc od daty wystawienia

data i podpis oferenta