

FORMULARZ OFERTOWY NA ŚWIADCZENIE USŁUG ZDROWOTNYCH
dla ratowników medycznych w zakresie zabezpieczenia Jednostek Organizacyjnych Spółki

COPERNICUS Podmiot Leczniczy Sp. z o.o. w Gdańsku

IMIĘ			
NAZWISKO /Nazwisko Rodowe			
ADRES ZAMIESZKANIA/TELEFON KONTAKTOWY			
DYSPOZYCYJNOŚĆ (preferowany termin obowiązywania umowy cywilnoprawnej)			
Preferowane miejsce świadczenia usług*			
NIP			
REGON			
PESEL			
WYKSZTAŁCENIE			
KRYTERIUM	WAGA	Właściwe zaznaczyć "X"	
1. KURSY KWALIFIKACYJNE W DZIEDZINIE:**(max. w sumie 10 pkt.)			
BLS + AED, ALS, ILS, EPLS, NLS, GIC, ETC, ACLS, PALS - proszę zaznaczyć posiadany kurs	1	pkt	
inne z zakresu ratownictwa medycznego	1	pkt	
2. WCZEŚNIEJSZA WSPÓŁPRACA potwierdzona OPINIĄ bezpośredniego przełożonego z oddziału, którego dot. oferta lub Dyrektora ds.pielęgniarstwa danego szpitala / REKOMENDACJA do współpracy od przyszłego bezpośredniego przełożonego z oddziału, którego dot. oferta lub Dyrektora ds.pielęgniarstwa danego szpitala			
tak	10	pkt	
nie	0	pkt	
2.1. PRZEDTERMINOWE ROZWIĄZANIE UMOWY Z COPERNICUS PL Sp. z o.o. NA WNIOSEK lub z WINY OFERENTA niezależnie od jej rodzaju:			
NIE	0	pkt	
TAK	-5	pkt	
3. ŚWIADCZENIE USŁUG / PRACA NA ODDZIAŁACH RATUNKOWYCH**:			
brak	0	pkt	
do 5 lat	5	pkt	
powyżej 5 lat	7	pkt	
4. PRZERWA W ZAWODZIE (dotyczy oferentów mających co najmniej 5 lat-właściwe zaznaczyć)			
	tak	nie	
5. DEKLAROWANA LICZBA GODZIN ŚWIADCZENIA USŁUG ŚREDNIOMIESIĘCZNE:.....h (punktacja dostępna w tabeli B)			
6. GOTOWOŚĆ DO PEŁNIENIA DYŻURÓW POZA USTALONYM GRAFIKIEM W SYTUACJACH LOSOWYCH, WEDŁUG ZAPOTRZEBOWANIA ZAMAWIAJĄCEGO:			
TAK	1	pkt	
NIE	0	pkt	
7. OFEROWANA STAWKA GODZINOWA (proszę podać konkretną stawkę).....zł/h (punktacja dostępna w tabeli A)			
8. UPRAWNIENIA DO KIEROWANIA POJAZDAMI**			
Posiadanie prawa jazdy co najmniej kat. "B"	1	pkt	
Ukończenie kursu dla osób kierującymi pojazdami	1	pkt	

OBJAŚNIENIA

AD. CZ. 1 FORMULARZA - Punkty uzyskane w części 1 sumują się (za każde zaznaczone i udokumentowane szkolenie oferent może otrzymać max. 1 pkt., za wszystkie inne szkolenia przysługuje tylko 1 pkt., w sumie oferent może otrzymać w punkcie 1 max. 10 pkt. za wszystko).

AD. CZ. 2 FORMULARZA - Warunkiem naliczenia punktów jest uzyskanie pozytywnej opinii/rekomendacji obecnego przełożonego jednostki, której dotyczy oferta (dokument musi być dołączony do oferty na piśmie). **Negatywna opinia może stanowić podstawę odrzucenia oferty. Opinia ważna jest 1 miesiąc od daty wystawienia.**

AD. CZ. 5 FORMULARZA - oferty zawierające deklarację świadczenia usług **poniżej 48h** będą odrzucone w postępowaniu

*należy wskazać preferowaną jednostkę (wybrany przez oferenta SOR, Szpital św. Wojciecha lub SOR, Szpital im. Mikołaja Kopernika)

**aby uzyskać punkty wymaga się kopii dokumentów potwierdzających kwalifikacje/doświadczenie zawodowe

tabela A. PUNKTACJA za OFEROWANĄ STAWKĘ GODZINOWĄ za udzielanie świadczeń medycznych na SOR/oddziałach:			
powyżej 73,00 zł	-5	pkt	
73,00 zł	5	pkt	
poniżej 73,00 zł	7	pkt	
tabela B. PUNKTACJA ZA DEKLAROWANĄ LICZBĘ GODZIN ŚWIADCZENIA USŁUG W MIESIĄCU:			
<120	0	pkt	
120- 192	2	pkt	
193 - 240	3	pkt	

Data i Podpis Oferenta