

**FORMULARZ OFERTOWY NA ŚWIADCZENIE USŁUG ZDROWOTNYCH DLA PIELĘGNIARKI**  
w zakresie zabezpieczenia Jednostek Organizacyjnych Spółki COPERNICUS PL Sp. z o.o. (bloki operacyjne Spółki)

Dane identyfikacyjne oferenta:

1. Imię i Nazwisko.....

2. Nazwa/siedziba oferenta.....

3. Nr telefonu/adres email.....

4. NIP/Regon.....

5. Pesel oferenta.....

6. Preferowana komórka organizacyjna - **proszę wpisać preferowane miejsce świadczenia**.....  
usług:.....

7. PREFEROWANY TERMIN WSPÓŁPRACY/miejsce - **proszę wpisać preferowany termin od/do obowiązywania umowy cywilnoprawnej**:.....

8. Przerwa w zawodzie - **proszę wpisać długość przerwy w miesiącach (jeśli dotyczy)**.....

KRYTERIUM	WAGA		OFERTA
<b>1. KWALIFIKACJE ZAWODOWE*</b>			
<b>1.1. WYKSZTAŁCENIE W DZIEDZINIE (proszę zaznaczyć tylko jedną opcję):</b>			
MAGISTER PIELĘGNIARSTWA	2	pkt	
LICENCJAT PIELĘGNIARSTWA	1	pkt	
<b>1.2. TYTUŁ SPECJALISTY W DZIEDZINIE PIELĘGNIARSTWA:**</b>			
	3	pkt	

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

<b>2.2. PRZEDTERMINOWE ROZWIĄZANIE UMOWY z COPERNICUS PL Sp.zo.o. NA WNIOSEK lub z WINY OFERENTA niezależnie od jej rodzaju:</b>			
NIE	0	pkt	
TAK	-10	pkt	

<b>3. DEKLAROWANA MAKSYMALNA LICZBA GODZIN ŚWIADCZENIA USŁUG W MIESIĄCU (proszę wpisać deklarowaną liczbę godzin):.....h (punktacja dostępna w tabeli B)</b>			
--	--	--	--

<b>4. GOTOWOŚĆ DO PEŁNIENIA DYŻURÓW POZA USTALONYM GRAFIKIEM W SYTUACJACH LOSOWYCH, WEDŁUG ZAPOTRZEBOWANIA ZAMAWIAJĄCEGO</b>			
--	--	--	--

TAK	1	pkt	
NIE	-	pkt	

<b>5. OFEROWANA STAWKA GODZINOWA (proszę podać konkretną stawkę za godzinę świadczenia usług): .....zł/h (punktacja dostępna w tabeli A)</b>			
--	--	--	--

**OBJAŚNIENIA**

**AD. CZ. 1 FORMULARZA** - oferent otrzymuje punkty po dołączeniu do oferty dokumentów potwierdzających kwalifikacje zawodowe, punkty uzyskane w kol. 1.1 i 1.2 sumują się  
**AD. CZ. 2.1. 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. 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 lub Zakładzie 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	

DATA I PODPIS OFERENTA

tabela A1. PUNKTACJA za OFEROWANĄ STAWKĘ GODZINOWĄ świadczenia usług na blokach operacyjnych Spółki dla pielęgniarki ze specjalizacją operacyjną (specjalistki/specjaliści pielęgniarstwa operacyjnego)

stawka/punkty

powyżej 89,00 zł / - 10pkt. (punkty ujemne)

89,00 zł / 10pkt. (punkty dodatnie)

poniżej 89,00 zł / 15pkt. (punkty dodatnie)

tabela A2. PUNKTACJA za OFEROWANĄ STAWKĘ GODZINOWĄ świadczenia usług na blokach operacyjnych Spółki dla pielęgniarki bez specjalizacji operacyjnej (pielęgniarki bez specjalizacji lub specjalistki/specjaliści z innych dziedzin niż pielęgniarstwo operacyjne)

stawka/punkty

powyżej 84,00 zł / - 10pkt. (punkty ujemne)

84,00 zł / 10pkt. (punkty dodatnie)

poniżej 84,00 zł / 15pkt. (punkty dodatnie)

tabela B. PUNKTACJA za DEKLAROWANĄ MAKSYMALNĄ LICZBĘ GODZIN ŚWIADCZENIA USŁUG W MIESIĄCU

<120h / 0pkt.

120h - 192h / 1pkt.

193h - 240h / 2pkt.

DATA I PODPIS OFERENTA