

**FORMULARZ OFERTOWY  
NA ŚWIADCZENIE USŁUG ZDROWOTNYCH  
przez fizjoterapeutów**

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

<b>Imię*</b>			
<b>Nazwisko (Nazwisko rodowe)*</b>			
<b>Adres działalności*</b>			
<b>Telefon kontaktowy*</b>			
<b>NIP*</b>			
<b>Numer prawa wykonywania zawodu fizjoterapeuty*</b>			
<b>Preferowane MIEJSCE świadczenia usług*</b>			
<b>Imiona rodziców, nazwisko rodowe i data urodzenia oferenta*</b>			
<b>DYSPOZYCYJNOŚĆ (preferowany przez oferenta termin obowiązywania umowy cywilnoprawnej)*</b>			
<b>1. KWALIFIKACJE ZAWODOWE (właściwie zaznaczyć)</b>			
<b>1.1. TYTUŁ MAGISTRA:</b>			
FIZJOTERAPII	2	pkt	
REHABILITACJI RUCHOWEJ	2	pkt	
<b>1.2. TYTUŁ TECHNIKA/LICENCJATA:</b>			
FIZJOTERAPII	1	pkt	
<b>1.3. TYTUŁ SPECJALISTY</b>			
	4	pkt	
<b>2. WCZEŚNIEJSZA WSPÓŁPRACA (właściwie zaznaczyć)</b>			
<b>2.1. PRZEDTERMINOWE ROZWIĄZANIE UMOWY (bez względu na jej rodzaj) NA WNIOSEK lub z WINY OFERENTA:</b>			
NIE	0	pkt	
TAK	-13	pkt	
<b>2.2. DOTYCHCZASOWE, NIENAGANNE ŚWIADCZENIE PRACY LUB USŁUG NA RZECZ COPERNICUS PL SP. Z O.O. POTWIERDZONE OPINIĄ BEZPOŚREDNIEGO PRZEŁOŻONEGO:</b>			
NIE	0	pkt	
TAK	2	pkt	
<b>3. DEKLAROWANA LICZBA GODZIN ŚWIADCZENIA USŁUG W MIESIĄCU: (proszę wpisać konkretną liczbę godzin)*</b>			
mniej niż 100	0	pkt	h
101-180	1	pkt	h
181-240	2	pkt	h
<b>4. GOTOWOŚĆ DO PEŁNIENIA DYŻURÓW POZA USTALONYM GRAFIKIEM W SYTUACJACH LOSOWYCH,</b>			
TAK	1	pkt	
NIE	0	pkt	
<b>5. OFEROWANA STAWKA GODZINOWA: .....zł/h (proszę wpisać konkretną stawkę-punktacja dostępna w tabeli poniżej)</b>			

<b>PUNKTACJA za OFEROWANĄ STAWKĘ GODZINOWĄ za 1h świadczenia usług</b>		
powyżej 50,00 zł	-13	pkt
50,00 zł	13	pkt
poniżej 50,00 zł	15	pkt

\*pola obowiązkowe

\_\_\_\_\_ data i podpis oferenta