

FORMULARZ OFERTOWY
NA ŚWIADCZENIE USŁUG ZDROWOTNYCH
dla pielęgniarek w zakresie długoterminowej opieki domowej
w COPERNICUS Podmiot Leczniczy Sp. z o.o.

Imię			
Nazwisko (nazwisko rodowe i imiona rodziców)			
ADRES ZAMIESZKANIA			
TELEFON KONTAKTOWY			
NIP			
REGON			
PESEL			
NUMER PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU			
DATA UZYSKANIA PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU/ORGAN WYDAJĄCY			
PREFEROWANY PRZEZ OFERENTA TERMIN WSPÓŁPRACY (proszę wpisać preferowany termin od/do obowiązywania umowy cywilnoprawnej) :			
KRYTERIUM	WAGA	Właściwe zaznaczyć krzyżykiem	
1. KWALIFIKACJE ZAWODOWE			
1.1. TYTUŁ MAGISTRA W DZIEDZINIE:			
pielęgniarstwa	4	pkt	
1.2. TYTUŁ LICENCJATA W DZIEDZINIE:			
pielęgniarstwa	2	pkt	
1.3. TYTUŁ SPECJALISTY W DZIEDZINIE PIELĘGNIARSTWA			
ANESTEZJOLOGICZNEGO I INTENSYWNEJ OPIEKI	3	pkt	
1.4. KURSY KWALIFIKACYJNE W DZIEDZINIE PIELĘGNIARSTWA			
ANESTEZJOLOGICZNE I INTENSYWNEJ OPIEKI	1	pkt	

KRYTERIUM	WAGA		Właściwe zaznaczyć krzyżykiem
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	7	pkt	
KRYTERIUM	WAGA		Właściwe zaznaczyć krzyżykiem
3. DYSPOZYCYJNOŚĆ			
3.1. DEKLAROWANA LICZBA PACJENTÓW OBJĘTYCH ŚWIADCZENIEM USŁUG W MIESIĄCU:			
3.2. ODLEGŁOŚĆ DO MIEJSCA ZAMIESZKANIA PACJENTA			
do 50 km	1	pkt	
powyżej 50 km	3	pkt	
3.3. UPRAWNIENIA DO KIEROWANIA POJAZDAMI			
posiadanie prawa jazdy co najmniej kat."B"	3	pkt	
KRYTERIUM	WAGA		Proszę przy odpowiednim przedziale wpisać proponowaną stawkę za wizytę
4. OFEROWANA STAWKA ZA 1 WIZYTĘ (osobodzień) U PACJENTA:			
powyżej 50,00 zł	-7	pkt	
50,00 zł	5	pkt	
poniżej 50,00 zł	7	pkt	

OBJAŚNIENIA

AD. CZ. 1 FORMULARZA - Punkty uzyskane w części 1.1 i 1.2 nie sumują się

AD. CZ. 2 FORMULARZA - Warunkiem naliczenia punktów jest uzyskanie pozytywnej opinii/rekomendacji bezpośredniego przełożonego. **Negatywna opinia może stanowić podstawę odrzucenia oferty. Opinia jest ważna 1 miesiąc od daty**

Data i podpis Oferenta