

FORMULARZ OFERTOWY
NA ŚWIADCZENIE USŁUG ZDROWOTNYCH
dla Elektrodiagnostów w zakresie
zabezpieczenia Jednostek Organizacyjnych Spółki
w COPERNICUS Podmiot Leczniczy sp. z o.o. w Gdańsku

IMIĘ			
NAZWISKO (nazwisko rodowe)			
IMIĘ OJCA, IMIĘ MATKI			
ADRES ZAMIESZKANIA/TELEFON/MAIL			
NIP			
REGON			
PESEL			
DYSPOZYCYJNOŚĆ i MIEJSCE (preferowany termin obowiązywania umowy cywilnoprawnej oraz miejsce świadczenia usług)	umowa od.....do....., miejsce.....		
WYKSZTAŁCENIE			

KRYTERIUM	WAGA	pkt	Właściwe zaznaczyć krzyżykiem
1. WSPÓŁPRACA			
1.1. DOTYCHCZASOWE, NIENAGANNE ŚWIADCZENIE PRACY LUB USŁUG NA RZECZ COPERNICUS PL SP. Z O.O. POTWIERDZONE <u>OPINIĄ</u> lub <u>REKOMENDACJĄ</u> BEZPOŚREDNIEGO PRZEŁOŻONEGO			
NIE	0	pkt	
TAK	10	pkt	
1.2. PRZEDTERMINOWE ROZWIĄZANIE UMOWY (niezależnie od formy współpracy) z COPERNICUS Podmiot Leczniczy Sp.z o.o. NA WNIOSEK OFERENTA:			
NIE	0	pkt	
TAK	-10	pkt	
KRYTERIUM			Proszę przy odpowiednim przedziale wpisać deklarowaną liczbę godzin
2. DEKLAROWANA LICZBA GODZIN ŚWIADCZENIA USŁUG W MIESIĄCU (proszę podać konkretną liczbę godzin):			
120-192	2	pkt	h
193-240	3	pkt	h
2.1. GOTOWOŚĆ DO PEŁNIENIA DYŻURÓW POZA USTALONYM GRAFIKIEM W SYTUACJACH LOSOWYCH, WEDŁUG ZAPOTRZEBOWANIA ZAMAWIAJĄCEGO			
TAK	1	pkt	
NIE	0	pkt	
3. OFEROWANA STAWKA GODZINOWA (proszę podać konkretną stawkę-punktacja dostępna w tabeli A)			
OFEROWANA STAWKA GODZINOWA:.....zł/h (punktacja dostępna w tabeli A)			
4. DOŚWIADCZENIE w wykonywaniu badań:			
rodzaj badania	waga		
rezonans magnetyczny	1	pkt	
tomografia komputerowa	1	pkt	
mammografia	1	pkt	
badania rentgenodiagnostyczne	1	pkt	
inne	1	pkt	
OBJAŚNIENIA			

AD. CZ. 1 FORMULARZA Warunkiem naliczenia punktów jest uzyskanie pozytywnej opinii lub rekomendacji przyszłego, bezpośredniego przełożonego. Negatywna opinia może stanowić podstawę odrzucenia oferty. Opinia jest ważna 1 miesiąc od daty jej wystawienia.

AD. CZ. 2 FORMULARZA Oferty zawierające deklarację świadczenia usług poniżej 48h będą odrzucone w postępowaniu.

AD. CZ. 4 FORMULARZA Do uzyskania punktów wymaga się pisemnego potwierdzenia wykonywania badań z wcześniejszych miejsc wykonywania świadczeń/pracy.

tabela A. PUNKTACJA za OFEROWANĄ STAWKĘ GODZINOWĄ		
powyżej 75,00 zł	-10	pkt
75,00 zł	10	pkt
poniżej 75,00 zł	12	pkt

Uwaga! Komisja konkursowa będzie brała pod uwagę w postępowaniu jedynie te formularze, które będą złożone wraz z załącznikiem do formularza dostępnym w dokumentach do pobrania

data i podpis