

**FORMULARZ OFERTOWY**  
**NA ŚWIADCZENIE USŁUG ZDROWOTNYCH**  
**przez fizjoterapeutów w zakresie długoterminowej opieki domowej**  
**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 termin obowiązywania umowy cywilnoprawnej)*</b>                                                                                          |     |     |  |
| <b>1. KWALIFIKACJE ZAWODOWE (właściwe 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>                                                                                                                                           |     |     |  |
|                                                                                                                                                                         | 3   | pkt |  |
| <b>2. WCZEŚNIEJSZA WSPÓŁPRACA (właściwe zaznaczyć)</b>                                                                                                                  |     |     |  |
| <b>2.1. PRZEDTERMINOWE ROZWIĄZANIE UMOWY (bez względu na jej rodzaj) NA WNIOSEK lub z WINY OFERENTA:</b>                                                                |     |     |  |
| NIE                                                                                                                                                                     | 0   | pkt |  |
| TAK                                                                                                                                                                     | -10 | pkt |  |
| <b>2.2. DOTYCHCZASOWE, NIENAGANNE ŚWIADCZENIE PRACY LUB USŁUG NA RZECZ COPERNICUS PL SP. Z O.O. POTWIERDZONE OPINIĄ lub REKOMENDACJĄ BEZPOŚREDNIEGO PRZEŁOŻONEGO**:</b> |     |     |  |
| NIE                                                                                                                                                                     | 0   | pkt |  |
| TAK                                                                                                                                                                     | 10  | pkt |  |
| <b>3. DEKLAROWANA LICZBA PACJENTÓW objętych opieką W MIESIĄCU: (proszę wpisać konkretną liczbę pacjentów)*</b>                                                          |     |     |  |
| <b>4. ODLEGŁOŚĆ DO MIEJSCA ZAMIESZKANIA PACJENTA (proszę uzupełnić preferowany rejon świadczenia usług).....</b>                                                        |     |     |  |
| do 50 km                                                                                                                                                                | 1   | pkt |  |
| powyżej 50 km                                                                                                                                                           | 3   | pkt |  |
| <b>5. UPRAWNIENIA DO KIEROWANIA POJAZDAMI</b>                                                                                                                           |     |     |  |
| posiadanie prawa jazdy co najmniej kat. "B"                                                                                                                             | 3   | pkt |  |
| <b>6. GOTOWOŚĆ DO PEŁNIENIA ŚWIADCZEŃ POZA USTALONYM GRAFIKIEM W SYTUACJACH LOSOWYCH, WEDŁUG ZAPOTRZEBOWANIA ZAMAWIAJĄCEGO</b>                                          |     |     |  |
| TAK                                                                                                                                                                     | 1   | pkt |  |
| NIE                                                                                                                                                                     | 0   | pkt |  |
| <b>7. OFEROWANA STAWKA ZA 1 WIZYTĘ U PACJENTA: .....zł (proszę wpisać konkretną stawkę-punktacja dostępna w tabeli poniżej)</b>                                         |     |     |  |

| PUNKTACJA za OFEROWANĄ STAWKĘ za 1 wizytę u pacjenta |     |     |
|------------------------------------------------------|-----|-----|
| powyżej 80,00 zł                                     | -12 | pkt |
| 80,00 zł                                             | 10  | pkt |
| poniżej 80,00 zł                                     | 12  | pkt |

\*poła obowiązkowe

\*\* Warunkiem naliczenia punktów jest uzyskanie pozytywnej opinii/rekomendacji przyszłego, bezpośredniego przełożonego. Negatywna opinia może stanowić podstawę odrzucenia oferty. Opinia jest ważna 1 miesiąc od dnia jej wystawienia.

**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 oferenta