

Dane identyfikacyjne oferenta:

- Imię i Nazwisko.....
- Nazwa/siedziba oferenta.....
- Nr telefonu/adres email.....
- NIP/Regon.....
- Imiona rodziców, nazwisko rodowe i data urodzenia oferenta lub pesel.....
- Preferowana komórka organizacyjna - proszę wpisać preferowane miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych:.....
- PREFEROWANY TERMIN WSPÓŁPRACY - proszę wpisać preferowany termin od/do obowiązywania umowy cywilnoprawnej.....
- Przerwa w zawodzie - proszę wpisać długość przerwy w miesiącach (jeśli dotyczy).....

KRYTERIUM	WAGA	OFERTA
1. KWALIFIKACJE ZAWODOWE*		
1.1. WYKSZTAŁCENIE (proszę zaznaczyć tylko jedną opcję):		
MAGISTER Pielęgniarstwa/Położnictwa	2	pkt
LICENCIAT Pielęgniarstwa/Położnictwa	1	pkt
1.2. TYTUŁ SPECJALISTY W DZIEDZINIE MAJĄCEJ ZASTOSOWANIE W OCHRONIE ZDROWIA:**		
	3	pkt

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 jest ważna 1 miesiąc od daty wystawienia.

AD. CZ. 3 FORMULARZA - oferty zawierające deklarację udzielania świadczeń zdrowotnych poniżej 120h miesięcznie nie będą rozpatrywane przez Komisję konkursową w postępowaniu

*właściwe zaznaczyć krzyżykiem, ** wpisać nazwę specjalizacji (jeśli dotyczy)

KRYTERIUM	WAGA		OFERTA
2. WCZEŚNIEJSZA WSPÓŁPRACA*			
2.1. DOTYCHCZASOWE, NIENAGANNE ŚWIADCZENIE PRACY LUB USŁUG NA RZECZ COPERNICUS PL SP. Z O.O. POTWIERDZONE OPINIA BEZPOŚREDNIEGO PRZEŁOŻONEGO lub REKOMENDACJA PRZYSZŁEGO PRZEŁOŻONEGO:			
tak	2	pkt	
nie	0	pkt	

2.2. PRZEDTERMINOWE ROZWIĄZANIE UMOWY z COPERNICUS PL Sp.zo.o. NA WNIOSEK lub z WINY OFERENTA niezależnie od jej rodzaju:			
NIE	0	pkt	
TAK	-10	pkt	
3. DEKLAROWANA MAKSYMALNA LICZBA GODZIN ŚWIADCZENIA USŁUG W MIESIĄCU (proszę wpisać deklarowaną liczbę godzin):.....h (punktacja dostępna w tabeli B)			
4. GOTOWOŚĆ DO PEŁNIENIA DYŻURÓW POZA USTALONYM GRAFIKIEM W SYTUACJACH LOSOWYCH, WEDŁUG ZAPOTRZEBOWANIA ZAMAWIAJĄCEGO			
TAK	1	pkt	
NIE	0	pkt	
5. OFEROWANA STAWKA GODZINOWA (proszę podać konkretną stawkę za godzinę świadczenia usług):zł/h (punktacja dostępna w tabeli A)			

tabela A.PUNKTACJA za OFEROWANĄ STAWKĘ GODZINOWĄ świadczenia usług dla oferenta/tki ze specjalizacją pielęgniarstwo operacyjne
stawka/punkty
powyżej 100,00 zł / - 10pkt.(punkty ujemne)
100,00 zł / 10pkt.(punty dodatnie)
poniżej 100,00 zł / 15pkt. (punkty dodatnie)
tabela A.PUNKTACJA za OFEROWANĄ STAWKĘ GODZINOWĄ świadczenia usług dla oferenta/tki ze specjalizacją pielęgniarstwo anestezjologiczne i intensywnej opieki
stawka/punkty
powyżej 95,00 zł / - 10pkt.(punkty ujemne)
95,00 zł / 10pkt.(punty dodatnie)
poniżej 95,00 zł / 15pkt. (punkty dodatnie)
tabela A.PUNKTACJA za OFEROWANĄ STAWKĘ GODZINOWĄ świadczenia usług dla oferenta/tki pozostali (tzn.pielęgniarki bez specjalizacji lub pielęgniarki specjalistki z innych dziedzin niż pielęgniarstwo operacyjne lub pielęgniarstwo anestezjologiczne i intensywnej opieki)
stawka/punkty
powyżej 90,00 zł / - 10pkt.(punkty ujemne)
90,00 zł / 10pkt.(punty dodatnie)
poniżej 90,00 zł / 15pkt. (punkty dodatnie)

tabela B. PUNKTACJA za DEKLAROWANĄ MAKSYMALNĄ LICZBĘ GODZIN ŚWIADCZENIA USŁUG W MIESIĄCU
120h - 192h / 2pkt.
193h - 240h / 4pkt.

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