

FORMULARZ OFERTOWY NA ŚWIADCZENIE USŁUG ZDROWOTNYCH DLA Pielęgniarki/Pielęgniacza/Położnej/Położnego
w zakresie zabezpieczenia Jednostek Organizacyjnych Spółki COPERNICUS PL Sp. z o.o. (jednostki organizacyjne Spółki - świadczenie
nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej w Spółce)

Dane identyfikacyjne oferenta:

1. Imię i Nazwisko.....
2. Nazwa/siedziba oferenta.....
3. Nr telefonu/adres email.....
4. NIP/Regon.....
5. Imiona rodziców, nazwisko rodowe i data urodzenia oferenta lub pesel.....
6. Preferowana komórka organizacyjna - proszę wpisać preferowane miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych:.....
7. PREFEROWANY TERMIN WSPÓŁPRACY - proszę wpisać preferowany termin od/do obowiązywania umowy cywilnoprawnej.....
8. 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

KRYTERIUM	WAGA	OFERTA
2. WCZEŚNIEJSZA WSPÓŁPRACA*		
2.1. DOTYCHCZASOWE, NIENAGANNE ŚWIADCZENIE PRACY LUB USŁUG NA RZECZ COPERNICUS PL SP. Z O.O. <u>POTWIERDZONE OPINIĄ</u> BEZPOŚREDNIEGO PRZEŁOŻONEGO lub <u>REKOMENDACJĄ</u> 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)

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)

tabela A.PUNKTACJA za OFEROWANĄ STAWKĘ GODZINOWĄ świadczenia usług - świadczenie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej w Spółce - dla oferenta/tki
stawka/punkty

powyżej 85,00 zł / - 10pkt.(punkty ujemne)
85,00 zł / 10pkt.(punkty dodatnie)
poniżej 85,00 zł / 15pkt. (punkty dodatnie)

tabela B. PUNKTACJA za DEKLAROWANĄ <u>MAKSYMALNĄ</u> 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

DATA I PODPIS OFERENTA