

FORMULARZ OFERTOWY NA ŚWIADCZENIE USŁUG ZDROWOTNYCH  
dla ratowników medycznych w zakresie zabezpieczenia Jednostek Organizacyjnych Spółki

COPERNICUS Podmiot Leczniczy Sp. z o.o. w Gdańsku - SOR, Szpital im. Mikołaja Kopernika w Gdańsku

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |      |                            |                        |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|----------------------------|------------------------|
| IMIĘ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |      |                            |                        |
| NAZWISKO /Nazwisko Rodowe                                                                                                                                                                                                                                                                                                |      |                            |                        |
| ADRES ZAMIESZKANIA/TELEFON KONTAKTOWY/adres MAIL                                                                                                                                                                                                                                                                         |      |                            |                        |
| DYSPOZYCYJNOŚĆ/MIEJSCE (proszę wpisać preferowany termin obowiązywania umowy cywilnoprawnej oraz preferowane miejsce wykonywania świadczeń)                                                                                                                                                                              |      | termin:..... miejsce:..... |                        |
| NIP                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |      |                            |                        |
| REGON                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |      |                            |                        |
| PESEL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |      |                            |                        |
| WYKSZTAŁCENIE                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |      |                            |                        |
| KRYTERIUM                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | WAGA |                            | Właściwe zaznaczyć "X" |
| <b>1. KURSY KWALIFIKACYJNE W DZIEDZINIE:** (max. w sumie 10 pkt.)</b>                                                                                                                                                                                                                                                    |      |                            |                        |
| BLS + AED, ALS, ILS, EPLS, NLS, GIC, ETC, ACLS, PALS - proszę zaznaczyć posiadany kurs                                                                                                                                                                                                                                   | 1    | pkt                        |                        |
| inne z zakresu ratownictwa medycznego                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 1    | pkt                        |                        |
| <b>2. WCZEŚNIEJSZA WSPÓŁPRACA potwierdzona OPINIĄ bezpośredniego przełożonego z oddziału, którego dot. oferta lub Dyrektora ds.pielęgniarstwa danego szpitala / REKOMENDACJA do współpracy od przyszłego bezpośredniego przełożonego z oddziału, którego dot. oferta lub Dyrektora ds.pielęgniarstwa danego szpitala</b> |      |                            |                        |
| tak                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 10   | pkt                        |                        |
| nie                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 0    | pkt                        |                        |
| <b>2.1. PRZEDTERMINOWE ROZWIĄZANIE UMOWY Z COPERNICUS PL Sp. z o.o. NA WNIOSEK lub z WINY OFERENTA niezależnie od jej rodzaju:</b>                                                                                                                                                                                       |      |                            |                        |
| NIE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 0    | pkt                        |                        |
| TAK                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | -5   | pkt                        |                        |
| <b>3. ŚWIADCZENIE USŁUG / PRACA NA ODDZIAŁACH RATUNKOWYCH**:</b>                                                                                                                                                                                                                                                         |      |                            |                        |
| brak                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 0    | pkt                        |                        |
| do 5 lat                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 5    | pkt                        |                        |
| powyżej 5 lat                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 7    | pkt                        |                        |
| <b>4. PRZERWA W ZAWODZIE (dotyczy oferentów mających co najmniej 5 lat-właściwe zaznaczyć)</b>                                                                                                                                                                                                                           |      |                            |                        |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | tak  | nie                        |                        |
| <b>5. DEKLAROWANA LICZBA GODZIN ŚWIADCZENIA USŁUG ŚREDNIOMIESIĘCZNIE:.....h (punktacja dostępna w tabeli B)</b>                                                                                                                                                                                                          |      |                            |                        |
| <b>6. GOTOWOŚĆ DO PEŁNIENIA DYŻURÓW POZA USTALONYM GRAFIKIEM W SYTUACJACH LOSOWYCH, WEDŁUG ZAPOTRZEBOWANIA ZAMAWIAJĄCEGO:</b>                                                                                                                                                                                            |      |                            |                        |
| TAK                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 1    | pkt                        |                        |
| NIE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 0    | pkt                        |                        |
| <b>7. OFEROWANA STAWKA GODZINOWA (proszę podać konkretną stawkę).....zł/h (punktacja dostępna w tabeli A)</b>                                                                                                                                                                                                            |      |                            |                        |
| <b>8. UPRAWNIENIA DO KIEROWANIA POJAZDAMI**</b>                                                                                                                                                                                                                                                                          |      |                            |                        |
| Posiadanie prawa jazdy co najmniej kat. "B"                                                                                                                                                                                                                                                                              | 1    | pkt                        |                        |
| Ukończenie kursu dla osób kierującymi pojazdami uprzywilejowanymi w ruchu                                                                                                                                                                                                                                                | 1    | pkt                        |                        |

**OBSZAR**

AD. CZ. 1 FORMULARZA - Punkty uzyskane w części 1 sumują się (za każde zaznaczone i udokumentowane szkolenie oferent może otrzymać max. 1 pkt., za wszystkie inne szkolenia przysługują tylko 1 pkt., w sumie oferent może otrzymać w punkcie 1 max. 10 pkt. za wszystko).

AD. CZ. 2 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 ważna jest 1 miesiąc od daty wystawienia.

AD. CZ. 5 FORMULARZA - oferty zawierające deklarację świadczenia usług poniżej 48h będą odrzucone w postępowaniu

\*\*aby uzyskać punkty wymaga się kopii dokumentów potwierdzających kwalifikacje/doświadczenie zawodowe

| tabela A. PUNKTACJA za OFEROWANĄ STAWKĘ GODZINOWĄ za udzielanie świadczeń medycznych na SOR/oddziałach: |    |     |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|-----|--|
| powyżej 73,00 zł                                                                                        | -5 | pkt |  |
| 73,00 zł                                                                                                | 5  | pkt |  |
| poniżej 73,00 zł                                                                                        | 7  | pkt |  |
| tabela B. PUNKTACJA ZA DEKLAROWANĄ LICZBĘ GODZIN ŚWIADCZENIA USŁUG W MIESIĄCU:                          |    |     |  |
| <120                                                                                                    | 0  | pkt |  |
| 120 - 192                                                                                               | 2  | pkt |  |
| 193 - 240                                                                                               | 3  | 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 Oferenta