

FORMULARZ OFERTOWY
NA ŚWIADCZENIE USŁUG ZDROWOTNYCH
przez fizjoterapeutów - CENTRUM REHABILITACJI LECZNICZEJ
w COPERNICUS Podmiot Leczniczy Sp. z o.o. w Gdańsku

Imię*			
Nazwisko (Nazwisko rodowe)*			
Adres działalności*			
Telefon kontaktowy, adres mail*			
NIP*			
Numer prawa wykonywania zawodu fizjoterapeuty			
Pesel oferenta*			
1. KWALIFIKACJE ZAWODOWE (właściwe zaznaczyć)			
1.1. TYTUŁ MAGISTRA:			
FIZJOTERAPII	2	pkt	
REHABILITACJI RUCHOWEJ	2	pkt	
1.2. TYTUŁ TECHNIKA/LICENCJATA:			
FIZJOTERAPII	1	pkt	
1.3. TYTUŁ SPECJALISTY	3	pkt	
2. WCZEŚNIEJSZA WSPÓŁPRACA (właściwe zaznaczyć)			
2.1. PRZEDTERMINOWE ROZWIĄZANIE UMOWY (bez względu na jej rodzaj) NA WNIOSEK OFERENTA:			
NIE	0	pkt	
TAK	-10	pkt	
2.2. DOTYCHCZASOWE, NIENAGANNE ŚWIADCZENIE PRACY LUB USŁUG NA RZECZ COPERNICUS PL SP. Z O.O. POTWIERDZONE OPINIĄ BEZPOŚREDNIEGO PRZEŁOŻONEGO lub REKOMENDACJA BEZPOŚREDNIEGO PRZEŁOŻONEGO:			
NIE	0	pkt	
TAK	5	pkt	
3. PREFEROWANA LICZBA GODZIN ŚWIADCZENIA USŁUG W MIESIĄCU:h (proszę wpisać konkretną liczbę godzin-punktacja dostępna w tabeli poniżej)			
4. GOTOWOŚĆ DO PEŁNIENIA DYŻURÓW POZA USTALONYM GRAFIKIEM W SYTUACJACH LOSOWYCH,			
TAK	1	pkt	
NIE	0	pkt	
5. OFEROWANA STAWKA GODZINOWA:zł/h (proszę wpisać konkretną stawkę-punktacja dostępna w tabeli poniżej)			

PUNKTACJA za OFEROWANĄ STAWKĘ GODZINOWĄ za 1h świadczenia usług		
powyżej 60,00 zł	-15	pkt
60,00 zł	10	pkt
poniżej 60,00 zł	12	pkt
PUNKTACJA za DEKLAROWANĄ MAKSYMALNĄ LICZBĘ GODZIN ŚWIADCZENIA USŁUG W MIESIĄCU		
120h - 192h / 2pkt.		
193h - 240h / 4pkt.		

dot. pkt. 2.2. opinia/rekomendacja jest ważna 1 mc od daty 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