

FORMULARZ OFERTOWY NA ŚWIADCZENIE USŁUG ZDROWOTNYCH DLA PIELĘGNIARKI
w zakresie zabezpieczenia Jednostek Organizacyjnych Spółki COPERNICUS PL Sp. z o.o. (bloki operacyjne Spółki)

Dane identyfikacyjne oferenta:

1. Imię i Nazwisko.....

2. Nazwa/siedziba oferenta.....

3. Nr telefonu/adres email.....

4. NIP/Regon.....

5. Pesel oferenta.....

6. Preferowana komórka organizacyjna - **proszę wpisać preferowane miejsce świadczenia**.....
usług:.....

7. PREFEROWANY TERMIN WSPÓŁPRACY/miejsce - **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 W DZIEDZINIE (proszę zaznaczyć tylko jedną opcję):		
MAGISTER PIELĘGNIARSTWA	2	pkt
LICENCJAT PIELĘGNIARSTWA	1	pkt
1.2. TYTUŁ SPECJALISTY W DZIEDZINIE PIELĘGNIARSTWA:**		
	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:		
tak	2	pkt
nie	0	pkt

2.2. PRZEDTERMINOWE ROZWIĄZANIE UMOWY z COPERNICUS PL Sp. z o.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	-	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 ważna jest 1 miesiąc od daty wystawienia.

AD. CZ. 3 FORMULARZA - oferty zawierające deklarację świadczenia usług poniżej 48h będą odrzucone w postępowaniu

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

6. Świadczenia w Pracowni Kardiologii Inwazyjnej lub Zakładzie Diagnostyki Obrazowej (jeśli dotyczy proszę podać konkretną stawkę i ilość godzin):		
Dyżur pod telefonem	cena/godzina/ ilość h	
Interwencje poza dyżurem (wezwanie)	cena/godzina/ ilość h	
7. Świadczenia w Pracowni Radiologii Zabiegowej (jeśli dotyczy proszę podać konkretną stawkę i ilość zabiegów):		
Zabieg interwencyjny	cena/zabieg/ilość zabiegów	
Zabieg diagnostyczny	cena/zabieg/ilość zabiegów	

tabela A1.PUNKTACJA za OFEROWANĄ STAWKĘ GODZINOWĄ świadczenia usług na blokach operacyjnych Spółki dla pielęgniarki ze specjalizacją operacyjną (specjalistki/specjaliści pielęgniarstwa operacyjnego)
stawka/punkty
powyżej 89,00 zł / - 10pkt.(punkty ujemne)
89,00 zł / 10pkt.(punkty dodatnie)
poniżej 89,00 zł / 15pkt. (punkty dodatnie)

tabela A2.PUNKTACJA za OFEROWANĄ STAWKĘ GODZINOWĄ świadczenia usług na blokach operacyjnych Spółki dla pielęgniarki bez specjalizacji operacyjnej (pielęgniarki bez specjalizacji lub specjalistki/specjaliści z innych dziedzin niż pielęgniarstwo operacyjne)
stawka/punkty
powyżej 84,00 zł / - 10pkt.(punkty ujemne)
84,00 zł / 10pkt.(punkty dodatnie)
poniżej 84,00 zł / 15pkt. (punkty dodatnie)

tabela B. PUNKTACJA za DEKLAROWANĄ MAKSYMALNĄ LICZBĘ GODZIN ŚWIADCZENIA USŁUG W MIESIĄCU
<120h / 0pkt.
120h - 192h / 1pkt.
193h - 240h / 2pkt.

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