

**FORMULARZ OFERTOWY  
NA ŚWIADCZENIE USŁUG ZDROWOTNYCH**

przez fizjoterapeutów Projekt „Są rady na układy. Profilaktyka chorób układu krążenia” nr projektu  
FEPM.05.05-IZ.00-0002/25

**w COPERNICUS Podmiot Leczniczy Sp. z o.o. w Gdańsku**

|                                                                                                                                                                                                                                                                       |    |     |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|-----|--|
| <b>Imię*</b>                                                                                                                                                                                                                                                          |    |     |  |
| <b>Nazwisko (Nazwisko rodowe)*</b>                                                                                                                                                                                                                                    |    |     |  |
| <b>Adres działalności*</b>                                                                                                                                                                                                                                            |    |     |  |
| <b>Telefon kontaktowy, adres mail*</b>                                                                                                                                                                                                                                |    |     |  |
| <b>NIP*</b>                                                                                                                                                                                                                                                           |    |     |  |
| <b>Numer prawa wykonywania zawodu fizjoterapeuty</b>                                                                                                                                                                                                                  |    |     |  |
| <b>Pesel oferenta*</b>                                                                                                                                                                                                                                                |    |     |  |
| <b>1. KWALIFIKACJE ZAWODOWE (właściwe zaznaczyć)</b>                                                                                                                                                                                                                  |    |     |  |
| <b>1.1. TYTUŁ MAGISTRA:</b>                                                                                                                                                                                                                                           |    |     |  |
| FIZJOTERAPII                                                                                                                                                                                                                                                          | 2  | pkt |  |
| REHABILITACJI RUCHOWEJ                                                                                                                                                                                                                                                | 2  | pkt |  |
| <b>1.2. TYTUŁ TECHNIKA/LICENCJATA:</b>                                                                                                                                                                                                                                |    |     |  |
| FIZJOTERAPII                                                                                                                                                                                                                                                          | 1  | pkt |  |
| <b>1.3. TYTUŁ SPECJALISTY</b>                                                                                                                                                                                                                                         |    |     |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                       | 3  | pkt |  |
| <b>2. WCZEŚNIEJSZA WSPÓŁPRACA (właściwe zaznaczyć)</b>                                                                                                                                                                                                                |    |     |  |
| <b>2.1. PRZEDTERMINOWE ROZWIĄZANIE UMOWY (bez względu na jej rodzaj) na wniosek OFERENTA:</b>                                                                                                                                                                         |    |     |  |
| NIE                                                                                                                                                                                                                                                                   | 0  | pkt |  |
| TAK                                                                                                                                                                                                                                                                   | -5 | pkt |  |
| <b>2.2. DOTYCHCZASOWE, NIENAGANNE ŚWIADCZENIE PRACY LUB USŁUG NA RZECZ COPERNICUS PL SP. Z O.O. POTWIERDZONE <span style="color: blue;">OPINIĄ</span> BEZPOŚREDNIEGO PRZEŁOŻONEGO <span style="color: blue;">lub</span> REKOMENDACJĄ BEZPOŚREDNIEGO PRZEŁOŻONEGO:</b> |    |     |  |
| NIE                                                                                                                                                                                                                                                                   | 0  | pkt |  |
| TAK                                                                                                                                                                                                                                                                   | 10 | pkt |  |
| <b>3. WCZEŚNIEJSZA WSPÓŁPRACA (właściwe zaznaczyć)</b>                                                                                                                                                                                                                |    |     |  |
| <b>3.1. DOŚWIADCZENIE PRZY REALIZACJI PROGRAMÓW REHABILITACJI KARDIOLOGICZNEJ:</b>                                                                                                                                                                                    |    |     |  |
| NIE                                                                                                                                                                                                                                                                   | 0  | pkt |  |
| TAK, PONIŻEJ ROKU                                                                                                                                                                                                                                                     | 5  | pkt |  |
| TAK, ROK LUB DŁUŻEJ                                                                                                                                                                                                                                                   | 10 | pkt |  |
| <b>4. PREFEROWANA LICZBA GODZIN ŚWIADCZENIA USŁUG W MIESIĄCU: .....h</b>                                                                                                                                                                                              |    |     |  |
| <b>5. GOTOWOŚĆ DO REALIZACJI ŚWIADCZEŃ POZA GDAŃSKIEM (NA TERENIE WOJEWÓDZTWA POMORSKIEGO), WEDŁUG ZAPOTRZEBOWANIA ZAMAWIAJĄCEGO</b>                                                                                                                                  |    |     |  |
| TAK                                                                                                                                                                                                                                                                   | 10 | pkt |  |
| NIE                                                                                                                                                                                                                                                                   | 0  | pkt |  |
| <b>5. OFEROWANA STAWKA GODZINOWA: .....zł/h (proszę wpisać konkretną stawkę-punktacja wyliczona zgodnie z <span style="color: blue;">poniższym wzorem</span>)</b>                                                                                                     |    |     |  |

Punkty za kryterium wyliczone zostaną zgodnie z załączonym poniżej wzorem:

$$Wc = Cmin / Co \times W$$

Wc - liczba punktów przyznanych za cenę

Cmin - cena minimalna (najniższa wartość Co spośród wszystkich złożonych)

Co - cena oferowana

W - waga kryterium\*\*

\*\*waga kryterium jest równa 3

**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