

**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 św. Wojciecha w Gdańsku**

<b>IMIĘ</b>			
<b>NAZWISKO /Nazwisko Rodowe</b>			
<b>ADRES ZAMIESZKANIA/TELEFON KONTAKTOWY/adres MAIL</b>			
<b>DYSPOZYCYJNOŚĆ (proszę wpisać preferowany termin obowiązywania umowy cywilnoprawnej)</b>			termin:.....
<b>NIP</b>			
<b>REGON</b>			
<b>PESEL</b>			
<b>WYKSZTAŁCENIE</b>			
<b>KRYTERIUM</b>	<b>WAGA</b>	<b>Właściwe zaznaczyć "X"</b>	
<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 i dołączyć potwierdzenie jego posiadania do oferty	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 OFERENTA:</b>			
tak	-5	pkt	
nie	0	pkt	
<b>3. ŚWIADCZENIE USŁUG / PRACA NA ODDZIAŁACH RATUNKOWYCH**:</b>			
brak	0	pkt	
do 5 lat	3	pkt	
powyżej 5 lat	5	pkt	
<b>4. PRZERWA W ZAWODZIE (dotyczy oferentów mających co najmniej 5 lat-właściwe zaznaczyć)</b>			
przerwa w miesiącach wynosi:	tak	nie	
<b>5. DEKLAROWANA LICZBA GODZIN ŚWIADCZENIA USŁUG ŚREDNIOMIESIĘCZNE:.....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>			

**OBJAŚNIENIA**

**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 przysługuje 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

<b>tabela A. PUNKTACJA za OFEROWANĄ STAWKĘ GODZINOWĄ za udzielanie świadczeń medycznych na SOR/oddziałach:</b>			
powyżej 83,00 zł	-15	pkt	
83,00 zł	10	pkt	
poniżej 83,00 zł	12	pkt	
<b>tabela B. PUNKTACJA ZA DEKLAROWANĄ LICZBĘ GODZIN ŚWIADCZENIA USŁUG W MIESIĄCU:</b>			
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