

**FORMULARZ OFERTOWY NA ŚWIADCZENIE USŁUG ZDROWOTNYCH DLA Pielęgniarki/Pielęgniarsza**  
 w zakresie zabezpieczenia Jednostek Organizacyjnych Spółki COPERNICUS PL Sp. z o.o. **(jednostki organizacyjne Spółki z wyłączeniem**  
**bloków operacyjnych oraz oddziałów anestezjologii i intensywnej terapii)**

Dane identyfikacyjne oferenta:

1. Imię i Nazwisko.....
2. Nazwa i siedziba oferenta.....
3. Nr telefonu i adres email.....
4. NIP i Regon.....
5. Imiona rodziców, nazwisko rodowe i data urodzenia oferenta lub pesel.....
6. Preferowana komórka organizacyjna - proszę wpisać preferowane miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych:.....
7. PREFEROWANY TERMIN WSPÓŁPRACY - proszę wpisać preferowany termin od/do obowiązywania umowy cywilnoprawnej.....
8. Przerwa w zawodzie - proszę wpisać długość przerwy w miesiącach (jeśli dotyczy).....

KRYTERIUM	WAGA		OFERTA
<b>1. KWALIFIKACJE ZAWODOWE*</b>			
<b>1.1. WYKSZTAŁCENIE</b> (proszę zaznaczyć tylko jedną opcję):			
MAGISTER Pielęgniarstwa	2	pkt	
LICENCJAT Pielęgniarstwa	1	pkt	
Wykształcenie średnie zawodowe - pielęgniarka dyplomowana	0	pkt	
<b>1.2. TYTUŁ SPECJALISTY W DZIEDZINIE MAJĄCEJ ZASTOSOWANIE W OCHRONIE ZDROWIA:**</b>			
	3	pkt	

**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 jest ważna 1 miesiąc od daty wystawienia.

**AD. CZ. 3 FORMULARZA** - oferty zawierające deklarację udzielania świadczeń zdrowotnych poniżej **120h** miesięcznie nie będą rozpatrywane przez Komisję konkursową w postępowaniu

KRYTERIUM	WAGA		OFERTA
<b>2. WCZEŚNIEJSZA WSPÓŁPRACA*</b>			
<b>2.1. DOTYCHCZASOWE, NIENAGANNE ŚWIADCZENIE PRACY LUB USŁUG NA RZECZ COPERNICUS PL SP. Z O.O. <b>POTWIERDZONE OPINIĄ</b> BEZPOŚREDNIEGO PRZEŁOŻONEGO lub <b>REKOMENDACJA</b> PRZYSZŁEGO PRZEŁOŻONEGO:</b>			
tak	2	pkt	
nie	0	pkt	

<b>2.2. PRZEDTERMINOWE ROZWIĄZANIE UMOWY z COPERNICUS PL Sp.zo.o. NA WNIOSEK OFERENTA:</b>			
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 DYZURÓW POZA USTALONYM GRAFIKIEM W SYTUACJACH LOSOWYCH, WEDŁUG ZAPOTRZEBOWANIA ZAMAWIAJĄCEGO**

TAK	1	pkt	
NIE	0	pkt	

**5. OFEROWANA STAWKA GODZINOWA** (proszę podać konkretną stawkę za godzinę świadczenia usług): .....zł/h (punktacja dostępna w tabeli A)

<b>tabela A.PUNKTACJA za OFEROWANĄ STAWKĘ GODZINOWĄ świadczenia usług na oddziałach Spółki dla oferenta/teki <u>ze specjalizacją</u></b>
<b>stawka/punkty</b>
powyżej 90,00 zł / - 15pkt.(punkty ujemne)
90,00 zł / 10pkt.(punkty dodatnie)
poniżej 90,00 zł / 15pkt. (punkty dodatnie)

<b>tabela A.PUNKTACJA za OFEROWANĄ STAWKĘ GODZINOWĄ świadczenia usług na oddziałach Spółki dla oferenta/teki <u>bez specjalizacji</u></b>
<b>stawka/punkty</b>
powyżej 85,00 zł / - 15pkt.(punkty ujemne)
85,00 zł / 10pkt.(punkty dodatnie)
poniżej 85,00 zł / 15pkt. (punkty dodatnie)

<b>tabela B. PUNKTACJA za DEKLAROWANĄ <u>MAKSYMALNĄ</u> LICZBĘ GODZIN ŚWIADCZENIA USŁUG W MIESIĄCU</b>
120h - 192h / 2pkt.
193h - 240h / 4pkt.

**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