

FORMULARZ OFERTOWY NA ŚWIADCZENIE USŁUG ZDROWOTNYCH DLA Pielęgniarki/Pielęgniarza
 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
1. KWALIFIKACJE ZAWODOWE*			
1.1. WYKSZTAŁCENIE (proszę zaznaczyć tylko jedną opcję):			
MAGISTER Pielęgniarstwa	2	pkt	
LICENCJAT Pielęgniarstwa	1	pkt	
1.2. TYTUŁ SPECJALISTY W DZIEDZINIE PIELĘGNIARSTWA OPERACYJNEGO			
tak	3	pkt	
nie	0	pkt	

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

2.2. PRZEDTERMINOWE ROZWIĄZANIE UMOWY z COPERNICUS PL Sp.zo.o.			
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	0	pkt	

5. OFEROWANA STAWKA GODZINOWA (proszę podać konkretną cenę godzinny udzielania świadczeń):zł/h (sposób obliczenia punktacji za cenę jest dostępny w tabeli A)			
--	--	--	--

6. Świadczenia w Pracowni Radiologii Zabiegowej (jeśli dotyczy proszę podać konkretną stawkę/cenę za zabieg i ilość zabiegów - sposób obliczenia punktacji za cenę jest dostępny w tabeli A)			
---	--	--	--

Zabieg interwencyjny	cena/zabieg/ilość zabiegów		
----------------------	----------------------------	--	--

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

*właściwie zaznaczyć krzyżykiem

tabela A.Sposób wyliczenia punktacji za CENĘ godziny udzielania świadczeń/CENĘ ZABIEGU

stawka/punkty

Punkty 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 (jest równa 3 dla każdej oferowanej stawki)

Wc - to maksymalna ilość punktów, jaką może otrzymać oferent, po zapoznaniu się Komisji Konkursowej ze wszystkimi ofertami w danym zakresie świadczeń i wyłonieniu ceny minimalnej za godzinę udzielania świadczeń

tabela B. PUNKTACJA za DEKLAROWANĄ MAKSYMALNĄ LICZBĘ GODZIN ŚWIADCZENIA USŁUG W MIESIĄCU

120h - 192h / 2pkt.

193h - 240h / 4pkt.

	cena/zabieg/ilość zabiegów	
Zabieg diagnostyczny	cena/zabieg/ilość zabiegów	
Zabieg.....***	cena/zabieg/ilość zabiegów	

***uzupełnić jeśli dotyczy

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