

FORMULARZ OFERTOWY NA ŚWIADCZENIE USŁUG ZDROWOTNYCH DLA Pielęgniarki/Pielęgniarsza/Położnej/Położnego
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/Położnictwa	2	pkt	
LICENCJAT Pielęgniarstwa/Położnictwa	1	pkt	
1.2. TYTUŁ SPECJALISTY W DZIEDZINIE MAJĄCEJ ZASTOSOWANIE W OCHRONIE ZDROWIA:**			
	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

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

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 REKOMENDACJA 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 (punkcja 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 stawkę za godzinę świadczenia usług):zł/h (punkcja dostępna w tabeli A)

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

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

tabela B. PUNKTACJA za DEKLAROWANĄ <u>MAKSYMALNĄ</u> LICZBĘ GODZIN ŚWIADCZENIA USŁUG W MIESIĄCU
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