

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 im. Mikołaja Kopernika w Gdańsku

IMIĘ			
NAZWISKO /Nazwisko Rodowe			
ADRES ZAMIESZKANIA/TELEFON KONTAKTOWY/adres MAIL			
DYSPOZYCYJNOŚĆ (proszę wpisać preferowany termin obowiązywania umowy cywilnoprawnej)			termin:.....
NIP			
REGON			
PESEL			
WYKSZTAŁCENIE			
KRYTERIUM	WAGA		Właściwe zaznaczyć "X"
1. KURSY KWALIFIKACYJNE W DZIEDZINIE:** (max. w sumie 10 pkt.)			
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	
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			
tak	10	pkt	
nie	0	pkt	
2.1. PRZEDTERMINOWE ROZWIĄZANIE UMOWY Z COPERNICUS PL Sp. z o.o. NA WNIOSEK OFERENTA:			
tak	-5	pkt	
nie	0	pkt	
3. ŚWIADCZENIE USŁUG / PRACA NA ODDZIAŁACH RATUNKOWYCH**:			
brak	0	pkt	
do 5 lat	3	pkt	
powyżej 5 lat	5	pkt	
4. PRZERWA W ZAWODZIE (dotyczy oferentów mających co najmniej 5 lat-właściwe zaznaczyć)			
przerwa w miesiącach wynosi:	tak	nie	
5. DEKLAROWANA LICZBA GODZIN ŚWIADCZENIA USŁUG ŚREDNIOMIESIĘCZNIE:.....h (punktacja dostępna w tabeli B)			
6. GOTOWOŚĆ DO PEŁNIENIA DYŻURÓW POZA USTALONYM GRAFIKIEM W SYTUACJACH LOSOWYCH, WEDŁUG ZAPOTRZEBOWANIA ZAMAWIAJĄCEGO:			
tak	1	pkt	
nie	0	pkt	
7. OFEROWANA STAWKA GODZINOWA (proszę podać konkretną stawkę).....zł/h (punktacja dostępna w tabeli A)			

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

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