

**FORMULARZ OFERTOWY NA ŚWIADCZENIE USŁUG ZDROWOTNYCH DLA PIELĘGNIARKI / POŁOŻNEJ**  
w zakresie zabezpieczenia Jednostek Organizacyjnych Spółki COPERNICUS PL Sp. z o.o. SZPITAL TYMCZASOWY

NIP/ REGON

DATA

PIECZĘĆ NAGŁÓWKOWA PRAKTYKI

NUMER TELEFONU / E-MAIL

DATA URODZENIA, IMIONA  
RODZICÓW, NAZWISKO RODOWE

KRYTERIUM	WAGA		OFERTA
<b>1. KWALIFIKACJE ZAWODOWE</b>			Właściwe proszę zaznaczyć "X"
<b>1.1. WYKSZTAŁCENIE W DZIEDZINIE: (TYLKO 1 OPCJA)</b>			
MAGISTER PIELĘGNIARSTWA	2	pkt	
MAGISTER POŁOŻNICTWA	2	pkt	
LICENCJAT PIELĘGNIARSTWA	1	pkt	
LICENCJAT POŁOŻNICTWA	1	pkt	
<b>1.2. TYTUŁ SPECJALISTY W DZIEDZINIE PIELĘGNIARSTWA</b>			
ANESTEZJOLOGICZNEGO I INTENSYWNEJ OPIEKI	3	pkt	
CHIRURGICZNEGO	3	pkt	
NEONATOLOGICZNEGO	3	pkt	
OPERACYJNEGO	3	pkt	
ONKOLOGICZNEGO	5	pkt	
OPIEKI PALIATYWNEJ	3	pkt	
PEDIATRYCZNEGO	3	pkt	
RATUNKOWEGO	3	pkt	
GINEKOLOGICZNO-POŁOŻNICZEGO	3	pkt	
GERIATRYCZNEGO	3	pkt	
OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ	3	pkt	
INTERNISTYCZNEGO	3	pkt	
EPIDEMIOLOGICZNEGO	3	pkt	
INNEGO (JAKIEGO?)	3	pkt	
<b>1.3. KURSY KWALIFIKACYJNE W DZIEDZINIE PIELĘGNIARSTWA:</b>			
ANESTEZJOLOGICZNE I INTENSYWNEJ OPIEKI	1	pkt	
CHIRURGICZNEGO	1	pkt	
EPIDEMIOLOGICZNEGO	1	pkt	
GERIATRYCZNEGO	1	pkt	
KARDIOLOGICZNEGO	1	pkt	
NEFROLOGICZNEGO Z DIALIZOTERAPIĄ	1	pkt	
NEONATOLOGICZNEGO	1	pkt	
NEUROLOGICZNEGO	1	pkt	
OPERACYJNEGO	1	pkt	
OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ	1	pkt	
PEDIATRYCZNEGO	1	pkt	
RATUNKOWEGO	1	pkt	
ZACHOWAWCZEGO	1	pkt	
OPIEKI PALIATYWNEJ	1	pkt	
KURS KWALIFIKACYJNY DLA PERFUZJONISTÓW	1	pkt	
INNE (JAKIE?)	1	pkt	

KRYTERIUM	WAGA		OFERTA
<b>2. WCZEŚNIEJSZA WSPÓŁPRACA</b>			
<b>2.1. DOTYCHCZASOWE, NIENAGANNE ŚWIADCZENIE PRACY LUB USŁUG NA RZECZ PCT LUB COPERNICUS PL SP. Z O.O. POTWIERDZONE OPINIĄ BEZPOŚREDNIEGO PRZEŁOŻONEGO:</b>			Właściwe proszę zaznaczyć "X"
brak	-	pkt	
do 2 lat	1	pkt	
od 2 do 4 lat	2	pkt	
powyżej 4 lat	3	pkt	
<b>2.2. PRZEDTERMINOWE ROZWIĄZANIE UMOWY NA WNIOSEK OFERENTA:</b>			Właściwe proszę zaznaczyć "X"
NIE	-	pkt	
TAK	-4	pkt	
<b>3. DYSPOZYCYJNOŚĆ (preferowana data podjęcia współpracy)</b>			.....
<b>3.1. DEKLAROWANA <u>MAKSYMALNA</u> LICZBA GODZIN ŚWIADCZENIA USŁUG W MIESIĄCU:</b>			<b>PROSZĘ WPISAĆ LICZBĘ GODZIN</b>
<120	-	pkt	
121 - 144	1	pkt	
145 - 168	2	pkt	
169 - 192	3	pkt	
193 - 228	4	pkt	
229 - 240	5	pkt	
<b>3.2. GOTOWOŚĆ DO PEŁNIENIA DYŻURÓW POZA USTALONYM GRAFIKIEM W SYTUACJACH LOSOWYCH, WEDŁUG</b>			Właściwe proszę zaznaczyć "X"
TAK	1	pkt	
NIE	-	pkt	
<b>4. OFEROWANA STAWKA GODZINOWA: (Proszę podać konkretną stawkę, zawierającą wszelkie dodatki przysługujące osobom udzielającym świadczeń pacjentom z zakażeniem wirusem SARS-CoV-2)</b>			
<b>4.1. Świadczenie usług:</b>			
powyżej 100,00 zł	-	pkt	
95,01 zł - 100,00 zł	3	pkt	
90,01 zł - 95,00 zł	4	pkt	
poniżej 90,00 zł	6	pkt	
<b>OBJAŚNIENIA</b>			

AD. CZ. 1.2 ORAZ 1.3 FORMULARZA - Punkty uzyskane (kwalifikacje zawodowe) sumują się

AD. CZ. 2 FORMULARZA - Warunkiem naliczenia punktów jest uzyskanie pozytywnej opinii bezpośredniego przełożonego.

Punkty z kolejnych lat nie sumują się.

PIECZĘĆ IMIENNA I PODPIS PIELĘGNIARKI / POŁOŻNEJ

