

|  |
| --- |
| Αρ. Φακ. Ο.Κ.Υπ.Υ 13.25.001.350  Αρ. Προσφοράς: Γ.Τ 289/21 |

Λευκωσία, 10 Δεκεμβρίου 2021

**ΠΡΟΣ ΟΛΟΥΣ ΤΟΥΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΜΕΝΟΥΣ**

**ΘΕΜΑ: Αγορά Υπηρεσιών Γαστρεντερολόγου για κάλυψη των αναγκών του Γ.Ν. Λάρνακας και Αγορά Υπηρεσιών Ωτορινολαρυγγολόγου για κάλυψη των αναγκών του Γ.Ν. Πάφου, σύμφωνα με το Παράρτημα XIV**

Ο Οργανισμός Κρατικών Υπηρεσιών Υγείας (Ο.Κ.Υπ.Υ) ανακοινώνει την πρόθεση του να προβεί σε αγορά υπηρεσιών Γαστρεντερολόγου για κάλυψη των αναγκών του Γ.Ν. Λάρνακας και αγορά υπηρεσιών Ωτορινολαρυγγολόγου για κάλυψη των αναγκών του Γ.Ν. Πάφου.

**Για το Είδος 1 : Αγορά Υπηρεσιών Γαστρεντερολόγου για κάλυψη των αναγκών του Γ.Ν. Λάρνακας**

Η χρονική διάρκεια της σύμβασης θα είναι για έξι (6) μήνες με δικαίωμα ανανέωσης για ακόμη έξι (6) μήνες εφόσον εξακολουθεί να υφίσταται η ανάγκη.

Οι αιτήσεις για το Είδος 1 αφορούν το Γενικό Νοσοκομείο Λάρνακας.

Προσφερόμενη Τιμή / Σταθερό Εισόδημα ανά μήνα: €7.000

Ωράριο Εργασίας: Δευτέρα – Παρασκευή, 07:30 – 15:00. Καθώς και αντιμετώπιση τυχόν επειγόντων περιστατικών εκτός ωραρίου εργασίας (on call).

**Για το Είδος 2 - Αγορά Υπηρεσιών Ωτορινολαρυγγολόγου για κάλυψη των αναγκών του Γ.Ν. Πάφου**

Η χρονική διάρκεια της σύμβασης θα είναι για ένα (1) μήνα με δικαίωμα ανανέωσης για ακόμη ένα (1) μήνα και ακόμη ένα (1) μήνα, εφόσον εξακολουθεί να υφίσταται η ανάγκη.

Οι αιτήσεις για το Είδος 2 αφορούν το Γενικό Νοσοκομείο Πάφου.

Προσφερόμενη Τιμή / Σταθερό Εισόδημα ανά μήνα: €4.045

Ο επιτυχών οικονομικός φορέας θα λαμβάνει επιπρόσθετα ανά εφημερία Κατηγορίας Γ΄ μη συχνών κλήσεων:

* €230,00 για καθημερινές
* €350,00 για Σάββατο/Κυριακή/Αργία

Ωράριο Εργασίας: Δευτέρα – Παρασκευή, 07:30 – 15:00. Μέγιστο δεκαπέντε (15) εφημερίες το μήνα: Μέγιστο έντεκα (11) εφημερίες καθημερινή και μέγιστο τέσσερεις (4) εφημερίες Σάββατο ή Κυριακή ή Αργία.

Το μέγιστο ποσό αμοιβής είναι €7.975 ανά μήνα.

Οι αιτήσεις που θα υποβάλλονται θα καταχωρούνται σε κατάλογο (με αλφαβητική σειρά), τον οποίο θα ελέγχει ο Προϊστάμενος της Μονάδας Ανάπτυξης και Διαχείρισης Ανθρώπινου Δυναμικού του ΟΚΥπΥ.

Σε περίπτωση υποβολής περισσότερων αιτήσεων από την υφιστάμενη ανάγκη η επιλογή θα γίνει με την διαδικασία κλήρωσης.

Η υποβολή των αιτήσεων θα γίνεται μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου στην διεύθυνση [**a.stavridou@shso.org.cy**](mailto:a.stavridou@shso.org.cy)υποβάλλοντας συμπληρωμένο το **Έντυπο 1 και όσα πιστοποιητικά/βεβαιώσεις απαιτούνται σύμφωνα με την παρούσα**.

Για οποιεσδήποτε διευκρινίσεις ή πληροφορίες παρακαλούνται οι ενδιαφερόμενοι όπως επικοινωνήσουν με με την κα. Άντρη Σταυρίδου, Λειτουργός Ανθρώπινου Δυναμικού Οργανισμός Κρατικών Υπηρεσιών Υγείας, στον αριθμό 22 212 854.

**Η τελευταία ημερομηνία υποβολής των αιτήσεων είναι μέχρι τις 26 Δεκεμβρίου 2021**

**Σε περίπτωση που δεν ληφθούν αιτήσεις μέχρις τις 19/12/21 η ημερομηνία υποβολής αιτήσεων θα παρατείνεται ανά εβδομάδα μέχρι την κάλυψη της ανάγκης, εφόσον η ανάγκη ακόμα υφίσταται.**

**Οι ενδιαφερόμενοι θα πρέπει να πληρούν τις πιο κάτω βασικές προϋποθέσεις:**

**Για το Είδος 1 : Αγορά Υπηρεσιών Γαστρεντερολόγου για κάλυψη των αναγκών του Γ.Ν. Λάρνακας**

Α. Καθήκοντα και ευθύνες:

(α) Εκτελεί καθήκοντα της ειδικότητας του στο Γενικό Νοσοκομείο Λάρνακας

(β) Τηρεί και υποβάλλει τα απαραίτητα στοιχεία για την εργασία που επιτελεί.

(γ) Εκτελεί οποιαδήποτε άλλα σχετικά με την ειδικότητά του καθήκοντα του ανατεθούν.

(δ) Αντιμετώπιση επειγόντων περιστατικών (ενδοσκοπική αιμόσταση κιρσικής και μή αιτιολογίας αιμορραγία πεπτικού, ξένα σώματα), επεμβατική ενδοσκόπηση (γαστροστομίες, απολίνωση κιρσών, πολυπεκτομες)

(ε) Σύμφωνα με τον νόμο Περί Γενικού Συστήματος Υγείας του 2001 (89(I)/2001), ο Ανάδοχος οφείλει να καλύπτεται από ασφαλιστική κάλυψη έναντι αμέλειας αναφορικά με την παροχή των υπηρεσιών φροντίδας υγείας από ανεξάρτητο ασφαλιστικό ίδρυμα ή οργανισμό. Ο Ανάδοχος, σύμφωνα με τις αποφάσεις Κ.Δ.Π. 496/2020, θα πρέπει **με την υπογραφή της Σύμβασης να υποβάλει ασφαλιστική κάλυψη για νομική ευθύνη έναντι επαγγελματικής/ιατρικής αμέλειας με ελάχιστο όριο κάλυψης €450.000,00**. Η ασφαλιστική κάλυψη για νομική ευθύνη έναντι επαγγελματικής αμέλειας πρέπει να έχει ημερομηνία λήξης δύο (2) μήνες μετά την ημερομηνία λήξης της σύμβασης.

Κατά την εκτέλεση των καθηκόντων του υποχρεούται να συμμορφώνεται προς τις Νομοθετικές/Κανονιστικές, Γενικές ή Ειδικές Διατάξεις, Οδηγίες, Εγκυκλίους και Πρακτικές, όπως αυτές εφαρμόζονται στον Οργανισμό.

Β. Απαιτούμενα Προσόντα:

(α) Εγγεγραμμένος/η στο Μητρώο Ιατρών Κύπρου.

(β) Οι ενδιαφερόμενοι να είναι κάτοχοι πιστοποιητικού ειδικότητας ή/και εξειδίκευσης Γαστρεντερολόγου σύμφωνα με τον περί Εγγραφής Ιατρών Νόμο.

(γ) Ακεραιότητα χαρακτήρα, οργανωτική και διοικητική ικανότητα, υπευθυνότητα, πρωτοβουλία και ευθυκρισία.

(δ) Πολύ καλή γνώση της Ελληνικής και καλή γνώση της Αγγλικής ή της Γαλλικής ή της Γερμανικής γλώσσας.

(ε) Τουλάχιστο 5 χρόνια τεκμηριωμένη εργασιακή εμπειρία σε Νοσοκομειακό Περιβάλλον μετά την απόκτηση της ειδικότητας.

Η κατοχή των γλωσσών στο απαιτούμενο επίπεδο θα πρέπει να τεκμηριώνεται είτε μέσω αποδεκτών τεκμηρίων είτε μέσω εξετάσεων μέχρι την ημερομηνία λήξης της υποβολής των αιτήσεων. Κατάλογος των αποδεκτών για σκοπούς της πλήρωσης της παρούσας θέσης «Τεκμήριων Γνώσης Γλωσσών» υπάρχει αναρτημένος στην ιστοσελίδα της Επιτροπής Δημόσιας Υπηρεσίας ([www.psc.gov.cy](http://www.psc.gov.cy)).

Να επισυναφθούν τα ακόλουθα:

1. Αντίγραφο εγγραφής στον Παγκύπριο Ιατρικό Σύλλογο
2. Άδεια ασκήσεως ιατρικού επαγγέλματος σε ισχύ για το τρέχων έτος από τον Παγκύπριο Ιατρικό Σύλλογο
3. Απόδειξη αίτησης εγγραφής στο σύστημα του Γε.Σ.Υ σύμφωνα με το ΚΔΠ 132/19.
4. Αντίγραφο πιστοποιητικού ειδικότητας αναγνωρισμένο από τον Παγκύπριο Ιατρικό Σύλλογο.
5. Τεκμηρίωση πολύ καλή γνώση της Ελληνικής και καλή γνώση της Αγγλικής γλώσσας ή της Γαλλικής ή της Γερμανικής γλώσσας.
6. Βεβαίωση εργασιακής εμπειρίας σε Νοσοκομειακό Περιβάλλον μετά την απόκτηση της ειδικότητας

**Για το Είδος 2 - Αγορά Υπηρεσιών Ωτορινολαρυγγολόγου για κάλυψη των αναγκών του Γ.Ν. Πάφου**

Α. Καθήκοντα και ευθύνες:

(α) Εκτελεί καθήκοντα της ειδικότητας του στο Γενικό Νοσοκομείο Πάφου

(β) Τηρεί και υποβάλλει τα απαραίτητα στοιχεία για την εργασία που επιτελεί.

(γ) Εκτελεί οποιαδήποτε άλλα σχετικά με την ειδικότητά του καθήκοντα του ανατεθούν.

(δ) Σύμφωνα με τον νόμο Περί Γενικού Συστήματος Υγείας του 2001 (89(I)/2001), ο Ανάδοχος οφείλει να καλύπτεται από ασφαλιστική κάλυψη έναντι αμέλειας αναφορικά με την παροχή των υπηρεσιών φροντίδας υγείας από ανεξάρτητο ασφαλιστικό ίδρυμα ή οργανισμό. Ο Ανάδοχος, σύμφωνα με τις αποφάσεις Κ.Δ.Π. 496/2020, θα πρέπει με την υπογραφή της Σύμβασης να υποβάλει ασφαλιστική κάλυψη για νομική ευθύνη έναντι επαγγελματικής/ιατρικής αμέλειας με ελάχιστο όριο κάλυψης €450.000,00. Η ασφαλιστική κάλυψη για νομική ευθύνη έναντι επαγγελματικής αμέλειας πρέπει να έχει ημερομηνία λήξης δύο (2) μήνες μετά την ημερομηνία λήξης της σύμβασης.

Κατά την εκτέλεση των καθηκόντων του υποχρεούται να συμμορφώνεται προς τις Νομοθετικές/Κανονιστικές, Γενικές ή Ειδικές Διατάξεις, Οδηγίες, Εγκυκλίους και Πρακτικές, όπως αυτές εφαρμόζονται στον Οργανισμό.

Β. Απαιτούμενα Προσόντα:

(α) Εγγεγραμμένος/η στο Μητρώο Ιατρών Κύπρου.

(β) Οι ενδιαφερόμενοι να είναι κάτοχοι πιστοποιητικού ειδικότητας ή/και εξειδίκευσης Ωτορινολαρυγγολόγου σύμφωνα με τον περί Εγγραφής Ιατρών Νόμο.

(γ) Ακεραιότητα χαρακτήρα, οργανωτική και διοικητική ικανότητα, υπευθυνότητα, πρωτοβουλία και ευθυκρισία.

(δ) Πολύ καλή γνώση της Ελληνικής και καλή γνώση της Αγγλικής ή της Γαλλικής ή της Γερμανικής γλώσσας.

Η κατοχή των γλωσσών στο απαιτούμενο επίπεδο θα πρέπει να τεκμηριώνεται είτε μέσω αποδεκτών τεκμηρίων είτε μέσω εξετάσεων μέχρι την ημερομηνία λήξης της υποβολής των αιτήσεων. Κατάλογος των αποδεκτών για σκοπούς της πλήρωσης της παρούσας θέσης «Τεκμήριων Γνώσης Γλωσσών» υπάρχει αναρτημένος στην ιστοσελίδα της Επιτροπής Δημόσιας Υπηρεσίας ([www.psc.gov.cy](http://www.psc.gov.cy)).

Να επισυναφθούν τα ακόλουθα:

1. Αντίγραφο εγγραφής στον Παγκύπριο Ιατρικό Σύλλογο
2. Άδεια ασκήσεως ιατρικού επαγγέλματος σε ισχύ για το τρέχων έτος από τον Παγκύπριο Ιατρικό Σύλλογο
3. Απόδειξη αίτησης εγγραφής στο σύστημα του Γε.Σ.Υ σύμφωνα με το ΚΔΠ 132/19.
4. Αντίγραφο πιστοποιητικού ειδικότητας αναγνωρισμένο από τον Παγκύπριο Ιατρικό Σύλλογο.
5. Τεκμηρίωση πολύ καλή γνώση της Ελληνικής και καλή γνώση της Αγγλικής γλώσσας ή της Γαλλικής ή της Γερμανικής γλώσσας.

Ο Ο.Κ.Υπ.Υ δύναται να διακόψει τη σύμβαση όποτε το κρίνει απαραίτητο, μετά από γραπτή προειδοποίηση δέκα (10) ημερών, χωρίς ο επιτυχών οικονομικός φορέας να ζητήσει οποιαδήποτε αποζημίωση. Σε αυτήν τη περίπτωση, ο επιτυχών οικονομικός φορέας θα πρέπει να αποστέλλει τιμολόγιο στο Λογιστήριο του Ο.Κ.Υπ.Υ πιστοποιημένο από τον υπεύθυνο συντονιστή μόνο για τις μέρες που έχει εργαστεί.

**Οι ενδιαφερόμενοι θα πρέπει με την υποβολή αίτησης εκδήλωσης ενδιαφέροντος να προσκομίσουν όλα τα πιστοποιητικά/βεβαιώσεις που απαιτούνται σύμφωνα με την παρούσα**

**………………………………………….**

**Λία Δημητρίου**

**(Για Γενικό Εκτελεστικό Διευθυντή ΟΚΥπΥ)**

**ΕΝΤΥΠΟ 1**

**ΒΙΟΓΡΑΦΙΚΟ ΣΗΜΕΙΩΜΑ**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Επίθετο:** |  |
| 1. **Όνομα:** |  |
| 1. **Ημερομηνία γέννησης:** |  |
| 1. **Υπηκοότητα:** |  |

1. **Εκπαίδευση:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Όνομα Σχολής / Πανεπιστημίου** | **Περίοδος Φοίτησης** | | **Πτυχίο / Δίπλωμα που αποκτήθηκε** |
| **Από** | **Μέχρι** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. **Γλώσσες:** Αναφέρετε ικανότητα σε κλίμακα από 1 έως 5 (1 – άριστα, 5 – ελάχιστα)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Γλώσσα** | Ανάγνωση | Γραφή | Ομιλία |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. **Μέλος επαγγελματικών οργανισμών :**
2. **Άλλες ικανότητες:** *(π.χ. γνώση Η/Υ κλπ.)*
3. **Παρούσα θέση στον οργανισμό:** *(Αναγράφεται η σημερινή απασχόληση - θέση σε Επιχείρηση, Οργανισμό Δημοσίου η Ιδιωτικού τομέα, ελεύθερος επαγγελματίας κλπ.)*
4. **Κύρια προσόντα:** *(Αναγράφονται τα κύρια προσόντα και ικανότητες του ατόμου που προκύπτουν από την μέχρι σήμερα επαγγελματική και άλλη εμπειρία του)*
5. **Επαγγελματική εμπειρία:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Επιχείρηση / Οργανισμός** | **Περίοδος** | | **Θέση** | **Περιγραφή Καθηκόντων \*** |
| **Από** | **Μέχρι** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

*\* Να δοθεί αναλυτική περιγραφή των καθηκόντων κατά τρόπο που να φαίνεται η συνάφεια με τις ζητούμενες υπηρεσίες, ο βαθμός εμπλοκής και ευθύνης.*

1. **Άλλα σχετικά στοιχεία / πληροφορίες:**

**Σημείωση:** Η Αναθέτουσα Αρχή διατηρεί το δικαίωμα σε οποιοδήποτε στάδιο της διαδικασίας να ελέγξει την ορθότητα των στοιχείων του Βιογραφικού Σημειώματος. Προς το σκοπό αυτό, ο Προσφέρων οφείλει, εάν του ζητηθεί, να υποβάλει τα κατά περίπτωση απαιτούμενα στοιχεία τεκμηρίωσης.