

|  |
| --- |
| Αρ. Φακ. Ο.Κ.Υπ.Υ 13.25.001.354  Αρ. Προσφοράς: Γ.Τ 308/21 |

Λευκωσία, 10 Ιανουαρίου 2022

**ΠΡΟΣ ΟΛΟΥΣ ΤΟΥΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΜΕΝΟΥΣ**

**ΘΕΜΑ: Αγορά Υπηρεσιών Παιδοκαρδιολόγου για κάλυψη των αναγκών του ΝΑΜΙΙΙ σύμφωνα με το Παράρτημα XIV**

Ο Οργανισμός Κρατικών Υπηρεσιών Υγείας (Ο.Κ.Υπ.Υ) ανακοινώνει την πρόθεση του να προβεί σε αγορά υπηρεσιών Παιδοκαρδιολόγου για κάλυψη των αναγκών του Νοσοκομείου Αρχιεπίσκοπος Μακάριος ΙΙΙ (ΝΑΜΙΙΙ).

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

**Ωράριο Εργασίας:**

* Ο Ανάδοχος θα καλύπτει δεκαπέντε (15) εφημερίες on call ανά μήνα, συμπεριλαμβανομένων 2 Σαββατοκύριακων και τυχόν αργιών.
* Σε περίπτωση απουσίας της παιδοκαρδιολόγου του ΝΑΜΙΙΙ ο ανάδοχος θα καλύπτει την παιδοκαρδιολόγο με το σύστημα αναμονής (on call) είκοσι τέσσερις (24) ώρες το εικοσιτετράωρο, σύμφωνα με τα καθήκοντα και ευθύνες της παρούσας.
* Το ακριβές πρόγραμμα των εφημεριών θα καθορίζεται και θα γνωστοποιείται στον Ανάδοχο από τον Συντονιστή της σύμβασης ή εξουσιοδοτημένο εκπρόσωπο του.

**Προσφερόμενη Τιμή:**

* €200 ανά ημέρα εφημερίας (on call)
* €200 ανά εξέταση/ασθενή

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**.

Σε περίπτωση που ο αήττητής είναι εταιρία ή κοινοπραξία τα πιο πάνω θα πρέπει να υποβάλλονται από όλα τα στελέχη της ομάδας έργου που έχουν κρίσιμο ρόλο στην εκτέλεση της σύμβασης.

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 20 Ιανουαρίου 2022**

**Σε περίπτωση που δεν ληφθούν αιτήσεις μέχρις τις 20/01/2022 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:**

Α. Καθήκοντα και ευθύνες:

1. Εκτελεί καθήκοντα της ειδικότητας του για κάλυψη των αναγκών του ΝΑΜΙΙΙ.
2. Κάλυψη των επειγόντων παιδοκαρδιολογικών περιστατικών εντός του ΝΑΜ ΙΙΙ.
3. Κάλυψη των παιδοκαρδιολογικών περιστατικών που κρίνονται ως σοβαρά και δεν μπορούν να μετακινηθούν εντός του Νοσοκομείου.
4. Η προσέλευση του καλούμενου παιδοκαρδιολόγου πρέπει να γίνεται εντός τριάντα (30) λεπτών από την ώρα κλήσης.
5. Τηρεί και υποβάλλει τα απαραίτητα στοιχεία για την εργασία που επιτελεί.
6. 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** για όλα τα άτομα/στελέχη της ομάδας έργου. 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.

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.

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**

**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.