

|  |
| --- |
| Αρ. Φακ. ΟΚΥπΥ: 13.25.001.402Αρ. Προσφοράς: Κ.Ο. 99/22 |

 05 Μαΐου 2022

**ΠΡΟΣ ΟΛΟΥΣ ΤΟΥΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΜΕΝΟΥΣ**

**ΘΕΜΑ: Αγορά Υπηρεσιών Ειδικού Αναισθησιολόγου για κάλυψη των αναγκών του Γενικού Νοσοκομείου Λευκωσίας και του Νοσοκομείου Αρχιεπισκόπου Μακαρίου ΙΙΙ σύμφωνα με το Παράρτημα XIV**

Ο Οργανισμός Κρατικών Υπηρεσιών Υγείας (ΟΚΥπΥ) ανακοινώνει την πρόθεση του να προβεί σε αγορά υπηρεσιών από Ειδικό Αναισθησιολόγο για κάλυψη των αναγκών του Γενικού Νοσοκομείου Λευκωσίας και του Νοσοκομείου Αρχιεπισκόπου Μακαρίου ΙΙΙ.

Η χρονική διάρκεια των συμβάσεων θα είναι για **τρείς (3) μήνες** **με δικαίωμα ανανέωσης ανά ένα (1) μήνα** αν εξακολουθεί να υφίσταται η ανάγκη.

Το σταθερό μηνιαίο ποσό αμοιβής θα είναι **€4.780 ανά μήνα** **επιπλέον εφημερίες** όπως φαίνεται πιο κάτω:

* Ενεργός Εφημερία καθημερινές: €620
* Ενεργός Εφημερία παραμονή αργίας: €710
* Ενεργός Εφημερία Σάββατο: €1.090
* Ενεργός Εφημερία Κυριακή/Αργία: €1.050
* Συχνές κλήσεις καθημερινές: €450
* Συχνές κλήσεις παραμονή αργίας: €510
* Συχνές κλήσεις Σάββατο και Κυριακή/Αργία: €700

Ωράριο Εργασίας: **Δευτέρα έως Παρασκευή** από τις **07:30π.μ.-15:00μ.μ.** και εφημερίες με **μέγιστο επτά (7) εφημερίες κάθε μήνα** εκ των οποίων το **μέγιστο δύο (2) Σάββατα ή Κυριακές ή Αργίες και μέγιστο μια (1) παραμονή αργίας** σύμφωνα με τις εκάστοτε ανάγκες.

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 και η αγορά υπηρεσιών θα πραγματοποιείται σύμφωνα με τις εκάστοτε ανάγκες.

Σε περίπτωση υποβολής περισσότερων αιτήσεων από τις εκάστοτε ανάγκες η επιλογή θα γίνεται με την διαδικασία κλήρωσης στην παρουσία όλων των ενδιαφερομένων υποψηφίων.

Για οποιεσδήποτε διευκρινίσεις ή πληροφορίες παρακαλούνται οι ενδιαφερόμενοι όπως επικοινωνήσουν με την **κα. Κωνσταντίνα Νικολάου**, Λειτουργός Ανθρώπινου Δυναμικού Οργανισμός Κρατικών Υπηρεσιών Υγείας, στον αριθμό 22 212 852.

Η υποβολή των αιτήσεων θα γίνεται μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου στην διεύθυνση **ko.nikolaou@shso.org.cy** **υποβάλλοντας** συμπληρωμένο **το Έντυπο 1 - Βιογραφικό Σημείωμα** του παραρτήματος καθώς και όσα **πιστοποιητικά/βεβαιώσεις απαιτούνται σύμφωνα με την παρούσα.**

**Η παρούσα Πρόσκληση Εκδήλωσης Ενδιαφέροντος παραμένει σε ισχύ και θα γίνονται δεκτές αιτήσεις καθ’ όλη τη διάρκεια που θα είναι αναρτημένη στην ιστοσελίδα του ΟΚΥπΥ**

**Οι αιτήσεις θα αρχίσουν να κληρώνονται από 13/05/2022 και μετέπειτα θα πραγματοποιούνται ξανά όταν υφίσταται ανάγκη.**

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

**Α) Απαιτούμενα Προσόντα**

* Εγγεγραμμένος Ιατρός στο Μητρώο Ιατρών Κύπρου καθώς και εν ισχύ εγγραφή για άδεια εξασκήσεως του επαγγέλματος του σύμφωνα με τον Περί Ιατρών Νόμο.
* Να κατέχει τίτλο Ειδικού Αναισθησιολόγου
* Να έχει εργαστεί σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) και έχει την απαιτούμενη εμπειρία αντιμετώπισης ασθενών COVID.
* Να έχει εμπειρία στις διακομιδές ασθενών από τις ΜΕΘ.
* Να έχει ευχέρεια στις επεμβατικές τεχνικές που εκτελούνται από αναισθησιολόγους.
* 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 από τους υποψηφίους 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).
* Ολοκληρωμένο (και τα δύο μέρη) Ευρωπαϊκό Δίπλωμα Αναισθησιολογίας θα θεωρηθεί πλεονέκτημα (να επισυναφθεί).

**Να επισυναφθούν τα ακόλουθα**:

1. Αντίγραφο εγγραφής στον Παγκύπριο Ιατρικό Σύλλογο
2. Αντίγραφο Πιστοποιητικού Ειδικότητας Αναισθησιολογίας
3. Άδεια ασκήσεως ιατρικού επαγγέλματος σε ισχύ για το τρέχων έτος από τον Παγκύπριο Ιατρικό Σύλλογο.
4. Απόδειξη αίτησης εγγραφής στο σύστημα του ΓεΣΥ σύμφωνα με το ΚΔΠ 132/2019

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.

**Β) Καθήκοντα και ευθύνες**

* Καλύπτει τις Αναισθησιολογικές ανάγκες στο ΝΑΜΙΙΙ και για περιστατικά που νοσηλεύονται στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας του Γενικού Νοσοκομείου Λευκωσίας κατόπιν συνεννόησης με τη Διευθύντρια του Αναισθησιολογικού Τμήματος του Γενικού Νοσοκομείου Λευκωσίας και τον Διευθυντή της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας.
* Κάλυψη εφημεριών στην Μονάδα Εντατικής Θεραπείας με ασθενείς COVID.
* Εκτελεί καθήκοντα σε Τμήματα Ατυχημάτων και Επειγόντων Περιστατικών.
* Τηρεί και υποβάλλει τα απαραίτητα στοιχεία για την εργασία που επιτελεί.
* Εκτελεί οποιαδήποτε άλλα σχετικά με την ειδικότητά του καθήκοντα του ανατεθούν.

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.

**Έντυπο 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

|  |  |
| --- | --- |
| Υπογραφή Αιτητή | ...................................................................... |
| Όνομα υπογράφοντος | ...................................................................... |
| Αρ. Δελτίου Ταυτότητας/Διαβατηρίου υπογράφοντος | ...................................................................... |
| Ημερομηνία | ...................................................................... |
| Τηλέφωνο Επικοινωνίας | …………………………………………………… |
| Ηλεκτρονική Διεύθυνση (email) επικοινωνίας | ……………………………………………………. |