

|  |
| --- |
| Αρ. Φακ. Ο.Κ.Υπ.Υ.13.25.001.403  Αρ. Προσφοράς: Κ.Ο.104/22 |

Λευκωσία, 17 Μαΐου 2022

**ΠΡΟΣ ΟΛΟΥΣ ΤΟΥΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΜΕΝΟΥΣ**

**ΘΕΜΑ: Αγορά Υπηρεσιών Βοηθού Φαρμακείου για κάλυψη των αναγκών των Νοσηλευτηρίων του ΟΚΥπΥ σύμφωνα με το Παράρτημα XIV**

Ο Οργανισμός Κρατικών Υπηρεσιών Υγείας (ΟΚΥπΥ) ανακοινώνει την πρόθεση του να προβεί σε αγορά υπηρεσιών Βοηθού Φαρμακείου για κάλυψη των αναγκών των Νοσηλευτηρίων του ΟΚΥπΥ.

Η χρονική διάρκεια της σύμβασης θα είναι **τρείς (3) μήνες** με δικαίωμα ανανέωσης ανά τρείς (3) μήνες αν εξακολουθεί να υφίσταται η ανάγκη.

Σταθερό μηνιαίο ποσό αμοιβής: **€1.150/μήνα**

Ωράριο Εργασίας: **Δευτέρα - Παρασκευή, 07:30π.μ. – 15:00μ.μ.** εξαιρουμένων επίσημων αργιών.

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 και ισοβαθμίας των υποψηφίων 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**](mailto:ko.nikolaou@shso.org.cy) **υποβάλλοντας τα ακόλουθα**:

* **Έντυπο 1 - Βιογραφικό Σημείωμα**
* **Έντυπο 2 - Πίνακας Κατάταξης Υποψηφίου**
* **Έντυπο 3 - Υπεύθυνη Δήλωση**
* **Έντυπο 4 - Πίνακας Δήλωσης Επαρχίας Προτίμησης**
* **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 25/05/2022 και μετέπειτα θα πραγματοποιούνται ξανά όταν υφίσταται ανάγκη.**

**Α. Καθήκοντα και ευθύνες**:

1. Παραλαβή, διαλογή, αποθήκευση και σήμανση φαρμάκων και αναλωσίμων.
2. Φόρτωση και εκφόρτωση φαρμάκων και αναλωσίμων συσκευασμένων σε παλέτες ή κιβώτια με τη βοήθεια ανυψωτικού μηχανήματος.
3. Μεταφορά φαρμάκων και αναλωσίμων από την αποθήκη του φαρμακείου στον τόπο εκτέλεσης των συνταγών.
4. Παρακολούθηση και καταμέτρηση αποθέματος.
5. Παρασκευή και αραίωση φαρμακευτικών διαλυμάτων και αλοιφών υπό την επιτήρηση του φαρμακοποιού.
6. Τοποθέτηση και τακτοποίηση φαρμάκων στα ράφια.
7. Ετοιμασία παραγγελίας φαρμάκων και αναλωσίμων για να σταλούν στους θαλάμους και σε εξωτερικά ιατρεία.
8. Εκτέλεση ιατρικών συνταγών και παροχή οδηγιών προς τη δοσολογία και τη διατήρηση του σκευάσματος.
9. Διαχείριση αναγκών φαρμακείου μέσω ηλεκτρονικού υπολογιστή.
10. Φροντίδα και απολύμανση των χώρων.
11. Συμμόρφωση με όλα τα μέτρα ασφάλειας και πρότυπα ποιότητας.
12. Εκτελεί οποιαδήποτε άλλα σχετικά 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.

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

**Β. Απαιτούμενα Προσόντα:**

1. Απολυτήριο αναγνωρισμένης σχολής Μέσης Εκπαίδευσης.
2. Πολύ καλή γνώση της Ελληνικής και καλή γνώση της Αγγλικής. 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).

**Προτεραιότητα θα δοθεί σε υποψηφίους που κατέχουν, πέραν των πιο πάνω απαιτούμενων προσόντων, τα ακόλουθα επιθυμητά προσόντα:**

**Γ. Επιθυμητά προσόντα**

1. Δίπλωμα βοηθού (τεχνικού) φαρμακείου από αναγνωρισμένη Σχολή.
2. Προηγούμενη εμπειρία σε αντίστοιχη θέση**\***.

**\*** Για την **τεκμηρίωση της εμπειρίας** ο υποψήφιος θα πρέπει να προσκομίσει **βεβαίωση απασχόλησης ή/και συστατικών επιστολών από προηγούμενους εργοδότες**.

Οι υποψήφιοι θα βαθμολογηθούν βάσει των επιθυμητών προσόντων τους σύμφωνα με τον πιο κάτω πίνακα:

|  |  |
| --- | --- |
| **Επιθυμητά προσόντα** | **Βαθμολογία (μονάδες)** |
| Δίπλωμα βοηθού (τεχνικού) φαρμακείου από αναγνωρισμένη Σχολή | **2 μονάδες** |
| Προηγούμενη εμπειρία σε αντίστοιχη θέση | **1 - 3 χρόνια (1 μονάδα)**  **4 - 6 χρόνια (2 μονάδες)**  **> 7 χρόνια (3 μονάδες)** |

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

**Αιτήσεις από ενδιαφερόμενους που έχουν συμπληρώσει πέραν των 28 μηνών εργασίας στο σύνολο με αγορά υπηρεσιών, θα απορρίπτονται.**

Ο ΟΚΥπΥ 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 ΟΚΥπΥ πιστοποιημένο από τον υπεύθυνο συντονιστή μόνο για τις μέρες που έχει εργαστεί.

**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.

**Έντυπο 2**

**Πίνακας Κατάταξης Υποψηφίου**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Α/Α | **Προσόντα** | **Περιγραφή** | **Να δηλωθεί με (**√**)** (να συμπληρωθεί από τον υποψήφιο) | **Βαθμολογία** (να συμπληρωθεί από την Αναθέτουσα Αρχή) |
| **1** | Απαιτούμενα Προσόντα: | 1. Απολυτήριο αναγνωρισμένης σχολής Μέσης Εκπαίδευσης. |  | - |
| 2. Πολύ καλή γνώση της Ελληνικής και καλή γνώση της Αγγλικής |  | - |
| **2** | Επιθυμητά προσόντα | 1. Δίπλωμα βοηθού (τεχνικού) φαρμακείου από αναγνωρισμένη Σχολή.  **(2 μονάδες)** |  |  |
| 2. Προηγούμενη εμπειρία σε αντίστοιχη θέση.  **1–3 χρόνια (1 μονάδα)**  **4–6 χρόνια (2 μονάδες)**  **>7 χρόνια (3 μονάδες)** | *Παρακαλώ να σημειωθούν τα χρόνια εμπειρίας*  **…………** |  |
| **Συνολική βαθμολογία** | | | |  |

**Έντυπο 3**

**Υπεύθυνη Δήλωση**

**Προς Οργανισμό Κρατικών Υπηρεσιών Υγείας (ΟΚΥπΥ)**

Εγώ ο/η …………………………………………………………………………… με αριθμό δελτίου ταυτότητας ……………………………….. δηλώνω υπεύθυνα ότι έχω εργαστεί στο Υπουργείο Υγείας ή στον ΟΚΥπΥ μέχρι σήμερα συνολικά για ………………………………….. μήνες:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Α/Α** | **Θέση** | **Οργανισμός & Τμήμα** | **Από** | **Μέχρι** |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |

Υπογραφή: ……………………………. Ημερομηνία:……………………

**Έντυπο 4**

**Πίνακας Δήλωσης Επαρχίας Προτίμησης**

|  |  |
| --- | --- |
| **Επαρχία στην οποία θα επιθυμούσατε να απασχοληθείτε** | **Επιλογή**  (σημειώστε 1-5 με αρ.1 την πρώτη επιλογή και αρ.5 την τελευταία επιλογή) |
| **(Α) Λευκωσία** |  |
| **(Β) Λεμεσός** |  |
| **(Γ) Λάρνακα** |  |
| **(Δ) Αμμόχωστος** |  |
| **(Ε) Πάφος** |  |

**Σημείωση**: **Η αρίθμηση των επιλογών κατά σειρά προτίμησης στον πιο πάνω πίνακα θα πρέπει να είναι διαφορετική για κάθε επιλογή.**

|  |  |
| --- | --- |
| Υπογραφή Προσφέροντος | ...................................................................... |
|  |  |
| Όνομα υπογράφοντος | ...................................................................... |
| Τηλέφωνο Επικοινωνίας | ...................................................................... |
| Ηλεκτρονικό Ταχυδρομείο (email) επικοινωνίας: | ..................................................................... |