

|  |
| --- |
| Αρ. Φακ. Ο.Κ.Υπ.Υ.13.25.001.410Αρ. Προσφοράς: Κ.Ο.115/22 |

Λευκωσία, 23 Μαΐου 2022

**ΠΡΟΣ ΟΛΟΥΣ ΤΟΥΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΜΕΝΟΥΣ**

**ΘΕΜΑ: Αγορά Υπηρεσιών Λειτουργού Νοσοκομειακού Εργαστηρίου Κυτταρογενετικής για κάλυψη των αναγκών του ΝΑΜΙΙΙ σύμφωνα με το Παράρτημα XIV του** **Ν.73(Ι)/2016**

Ο Οργανισμός Κρατικών Υπηρεσιών Υγείας (ΟΚΥπΥ) ανακοινώνει την πρόθεση του να προβεί σε αγορά υπηρεσιών Λειτουργού Νοσοκομειακού Εργαστηρίου Κυτταρογενετικής για κάλυψη των αναγκών του Νοσοκομείου Αρχιεπισκόπου Μακαρίου ΙΙΙ (ΝΑΜΙΙΙ).

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

Σταθερό μηνιαίο ποσό αμοιβής: **€1.650/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 ισοδύναμων 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** **υποβάλλοντας τα ακόλουθα**:

* **Έντυπο 1 - Βιογραφικό Σημείωμα**
* **Έντυπο 2 - Υπεύθυνη Δήλωση**
* **Όσα πιστοποιητικά/βεβαιώσεις απαιτούνται σύμφωνα με το «Β**. **Απαιτούμενα Προσόντα»**

**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 30/05/2022 και μετέπειτα θα πραγματοποιούνται ξανά όταν υφίσταται ανάγκη.**

**Α. Καθήκοντα και ευθύνες**:

1. Εξυπηρέτηση ασθενών του Εργαστηρίου Κυτταρογενετικής
2. Επεξεργασία δειγμάτων μέχρι το στάδιο της τελικής ανάλυσης
3. Συμμετοχή (με επίβλεψη) στο στάδιο της τελικής ανάλυσης των δειγμάτων
4. Προετοιμασία αντιδραστηρίων Εργαστηρίου
5. Καθημερινή προετοιμασία του Εργαστηρίου
6. Διατήρηση και ενημέρωση στατικών στοιχείων του Τμήματος
7. Εβδομαδιαία καταμέτρηση αποθέματος και ενημέρωση του λογισμικού συστήματος SAP
8. Συμβάλει στην εξασφάλιση του αναγκαίου εργαστηριακού εξοπλισμού και φροντίζει για τον έλεγχο, ασφαλή φύλαξη και συντήρηση αυτού
9. Εκτελεί οποιαδήποτε άλλα σχετικά του καθήκοντα του ανατεθούν
10. 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 αμέλειας με ελάχιστο όριο κάλυψης €300.000,00**. 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.

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

**Β. Απαιτούμενα Προσόντα:**

1. **Πανεπιστημιακό δίπλωμα στη Βιολογία ή Μικροβιολογία ή Μοριακή Βιολογία ή Γενετική**
2. **Τουλάχιστο ένα χρόνο τεκμηριωμένη πείρα** σχετική με τα καθήκοντα της θέσης Η εργασιακή πείρα θα πρέπει να τεκμηριώνεται με βεβαίωση από τους εργοδότες/οργανισμούς στους οποίους εργάστηκε ο αιτητής, στην οποία να αναφέρεται η θέση που κατείχε, η ακριβής περίοδος απασχόλησης (με ημερομηνίες) και τα αναλυτικά καθήκοντα της θέσης
3. **Πολύ καλή γνώση της Ελληνικής και της Αγγλικής 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)).
4. Μεταπτυχιακός τίτλος στην Γενετική του Ανθρώπου θα θεωρηθεί **πλεονέκτημα/ προτεραιότητα** στην επιλογή των υποψηφίων

**Αιτήσεις από ενδιαφερόμενους που έχουν συμπληρώσει πέραν των 26 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**

**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 με αγορά υπηρεσιών συνολικά για ………………………………….. μήνες:

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

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