

|  |
| --- |
| Αρ. Φακ. Ο.Κ.Υπ.Υ. 13.25.001.428Αρ. Προσφοράς: Κ.Ο.156/22 |

Λευκωσία, 01 Ιουλίου 2022

**ΠΡΟΣ ΟΛΟΥΣ ΤΟΥΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΜΕΝΟΥΣ**

**Θέμα:** **Αγορά Υπηρεσιών Διενέργειας Εξετάσεων Μαγνητικής Τομογραφίας (MRI) και Αξονικής Τομογραφίας (CT) για τις ανάγκες των Νοσηλευτηρίων του ΟΚΥπΥ σύμφωνα με το Παράρτημα XIV του Ν.73(Ι)/2016**

Ο Οργανισμός Κρατικών Υπηρεσιών Υγείας (Ο.Κ.Υπ.Υ) ανακοινώνει την πρόθεση του να προβεί σε αγορά υπηρεσιών Διενέργειας Εξετάσεων Μαγνητικής Τομογραφίας (MRI) και Αξονικής Τομογραφίας (CT) για κάλυψη των αναγκών του ΓΝ Πάφου, ΓΝ Λεμεσού, ΓΝ Λάρνακας, ΓΝ Αμμοχώστου και ΓΝ Λευκωσίας.

Η χρονική **διάρκεια** της σύμβασης θα είναι για **δώδεκα (12)** μήνες με δικαίωμα ανανέωσης ανά δώδεκα (12) μήνες ή μέχρι εξαντλήσεως του ποσού της κάθε σύμβασης εφόσον η ανάγκη ακόμα υφίσταται.

Οι αιτήσεις αφορούν τα ποιο κάτω Νοσηλευτήρια:

1. Είδος 1 - ΓΝ Πάφου
2. Είδος 2 - ΓΝ Λεμεσού
3. Είδος 3 - ΓΝ Λάρνακας
4. Είδος 4 - ΓΝ Αμμοχώστου
5. Είδος 5 - ΓΝ Λευκωσίας

**Για την κάθε επαρχία/είδος γίνονται δεκτές μόνο οι προσφορές από διαγνωστικά κέντρα ή κλινικές που βρίσκονται εντός της αντίστοιχης επαρχίας.**

Ο Ανάδοχος για το Είδος 1 – ΓΝ Πάφου, δύναται να εξυπηρετεί και ασθενείς του ΓΝ Λεμεσού και ο Ανάδοχος για το Είδος 2 – ΓΝ Λεμεσού, δύναται να εξυπηρετεί και ασθενείς του ΓΝ Πάφου.

Ο Ανάδοχος για το Είδος 3 – ΓΝ Λάρνακας, δύναται να εξυπηρετεί και ασθενείς του ΓΝ Αμμοχώστου και αντίθετα, ο Ανάδοχος για το Είδος 4 – ΓΝ Αμμοχώστου, δύναται να εξυπηρετεί και ασθενείς του ΓΝ Λάρνακας.

**Κανονικό ωράριο: Δευτέρα – Παρασκευή εξαιρουμένων επίσημων αργιών, 08:00π.μ. - 19:00μ.μ. και Σάββατο 08:00π.μ. – 13:00μ.μ**

**H προσφερόμενη τιμή/αποζημίωση για κάθε εξέταση που διενεργείται εντός του κανονικού ωραρίου και εντός του ωραρίου λειτουργίας του Διαγνωστικού Κέντρου θα είναι οι τιμές αποζημίωσης του ΟΑΥ (Οργανισμός Ασφάλισης Υγείας).**

**Για τις υπόλοιπες μέρες και ώρες εκτός από το προαναφερόμενο κανονικό ωράριο** **και εκτός του ωραρίου λειτουργίας του Διαγνωστικού Κέντρου, οι ενδιαφερόμενοι θα πρέπει να συμπληρώσουν το Έντυπο 2 δηλώνοντας την προσφερόμενη τους τιμή.**

**Μπορούν να υποβληθούν αιτήσεις από διαγνωστικά κέντρα ή κλινικές τα οποία διαθέτουν:**

* **μόνο MRI**
* **μόνο CT**
* **ή και τα δύο (MRI και CT)**

Οι αιτήσεις που θα υποβάλλονται θα καταχωρούνται σε κατάλογο (με αλφαβητική σειρά), τον οποίο θα ελέγχει η Μονάδα Αγορών και Προμηθειών του ΟΚΥπΥ.

O ΟΚΥπΥ δύναται να συμβληθεί με περισσότερα από ένα διαγνωστικά κέντρα για καλύτερη και άμεση εξυπηρέτηση των ασθενών.

Η υποβολή των αιτήσεων θα γίνεται μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου στην διεύθυνση **s.christofides@shso.org.cy** υποβάλλοντας:

* **όσα πιστοποιητικά/βεβαιώσεις και έντυπα απαιτούνται σύμφωνα με την παράγραφο «3. Τεχνικές και Επαγγελματικές Ικανότητες».**
* **Έντυπο 1 – Βιογραφικό Σημείωμα**
* **Έντυπο 2 – Δήλωση Ενδιαφέροντος**

Για οποιεσδήποτε διευκρινίσεις ή πληροφορίες παρακαλούνται οι ενδιαφερόμενοι όπως επικοινωνήσουν με τον κ. Στάθη Χριστοφίδη, Λειτουργό Μονάδας Αγορών και Προμηθειών ΟΚΥπΥ, στον αριθμό 22 212 872.

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.

**Η πρώτη εξέταση των αιτήσεων θα γίνει στις 08/07/2022** και μετέπειτα θα πραγματοποιείται ξανά όταν υφίσταται ανάγκη.

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

1. **Αντικείμενο της σύμβασης**

Η παροχή υπηρεσιών υπολογιστικής ή/και μαγνητικής τομογραφίας για το ΓΝ Πάφου, ΓΝ Λεμεσού, ΓΝ Λάρνακας, ΓΝ Αμμοχώστου και ΓΝ Λευκωσίας που θα καλύπτει όλο το φάσμα ακτινοδιαγνωστικών δραστηριοτήτων που σχετίζεται με τις δύο απεικονιστικές μεθόδους, όπως αυτό ορίζεται από το σχετικό κατάλογο δραστηριοτήτων του ΓεΣΥ. Ο ανάδοχος θα έχει την ευθύνη της διεκπεραίωσης της απεικόνισης, της σύνταξης και υποβολής ιατρικής έκθεσης στην πλατφόρμα του ΓεΣΥ εις απάντηση του κλινικού ερωτήματος όπως αυτό περιγράφεται στο παραπεμπτικό, καθώς και την εξαγωγή αποστολή των παραγόμενων ιατρικών εικόνων στον παραπέμπων σε ψηφιακή μορφή.

Ο Ανάδοχος για το Είδος 1 – ΓΝ Πάφου, δύναται να εξυπηρετεί και ασθενείς του ΓΝ Λεμεσού και ο Ανάδοχος για το Είδος 2 – ΓΝ Λεμεσού, δύναται να εξυπηρετεί και ασθενείς του ΓΝ Πάφου.

Ο Ανάδοχος για το Είδος 3 – ΓΝ Λάρνακας, δύναται να εξυπηρετεί και ασθενείς του ΓΝ Αμμοχώστου και αντίθετα, ο Ανάδοχος για το Είδος 4 – ΓΝ Αμμοχώστου, δύναται να εξυπηρετεί και ασθενείς του ΓΝ Λάρνακας.

1. **Ανάλυση Δραστηριοτήτων**

Ο Ανάδοχος θα παρέχει στην αναθέτουσα αρχή τις πιο κάτω υπηρεσίες και θα είναι υπόλογος στον Συντονιστή της Σύμβασης.

* 1. ***Διαδικασία Παραπομπής Ασθενών***

• Ο Ανάδοχος θα αναλαμβάνει τη διενέργεια εξετάσεων μαγνητικής τομογραφίας ή/και αξονικής τομογραφίας κατεπειγόντων περιστατικών εσωτερικών ασθενών ή κατεπειγόντων περιστατικών μέσω ΤΑΕΠ ή κάλυψη έκτακτων αναγκών σε περιπτώσεις όπου τερματίζεται για τεχνικούς λόγους η παροχή υπηρεσιών από το MRI ή το CT των Νοσηλευτηρίων, που θα παραπέμπουν για το σκοπό αυτό οι παραπέμποντες ιατροί του εκάστοτε Νοσηλευτηρίου μετά από γραπτή ή προφορική έγκριση από τον Διευθυντή του Ακτινολογικού τμήματος ή του εξουσιοδοτημένου εκάστοτε εφημερεύοντα Ιατρού του Ακτινολογικού τμήματος του Νοσηλευτηρίου.

• Για κάθε ασθενή που παραπέμπεται από την Αναθέτουσα Αρχή στον Ανάδοχο, ο παραπέμπων ιατρός θα στέλνει στον Ανάδοχο το ανάλογο παραπεμπτικό και οποιανδήποτε άλλη σχετική πληροφορία που έχει στη διάθεσή της και μπορεί να βοηθήσει τον Ανάδοχο.

• Ο Ανάδοχος μόλις λάβει το παραπεμπτικό, υποχρεούται να προβεί σε όλες τις αναγκαίες διευθετήσεις από πλευράς διαθεσιμότητας χώρου, εξοπλισμού και προσωπικού ώστε να μπορεί να προσφέρει τις αναγκαίες υπηρεσίες εντός 2 ωρών και θα έχει την πλήρη ευθύνη του ασθενούς.

• Για κάθε εξέταση θα τηρούνται τα διεθνή πρωτόκολλα για διενέργεια της μαγνητικής/αξονικής εξέτασης.

• Το Διαγνωστικό Κέντρο θα παρέχει τις υπηρεσίες σε ωράριο ανάλογα με την δήλωση ενδιαφέροντος στο Έντυπο 2

• Με το πέρας της κάθε εξέτασης θα πρέπει να γίνεται ταυτόχρονα προφορική ενημέρωση στον παραπέμποντα ιατρό σχετικά με το πόρισμα.

• Όλες οι Ιατρικές Εκθέσεις που ετοιμάζονται από τον Ανάδοχο θα στέλλονται στους παραπέμποντες Ιατρούς δακτυλογραφημένες εντός 24 ωρών. Οι ιατρικές εκθέσεις θα πρέπει να περιλαμβάνουν λεπτομερή έκθεση των ευρημάτων.

• Οι εικόνες της εξέτασης στο σύνολό τους να είναι συμβατές με το ηλεκτρονικό σύστημα των κρατικών νοσηλευτηρίων (DICOΜ μορφή) και να αποστέλλονται σε ψηφιακή μορφή, ή/και να τυπώνονται σε φωτογραφικό χαρτί/φιλμ.

• Ο ΟΚΥπΥ έχει το δικαίωμα να αποστέλλει εξουσιοδοτημένο λειτουργό ανά πάσα στιγμή και να ασκήσει έλεγχο για την ορθότητα της διενέργειας της εξέτασης.

• Ο ΟΚΥπΥ δεν αναλαμβάνει υποχρέωση για την αποστολή οποιουδήποτε αριθμού ασθενών κατά τη διάρκεια της ισχύος του Συμβολαίου. Ο αριθμός των περιστατικών που θα αποστέλλονται θα είναι σύμφωνα με τις εκάστοτε ανάγκες.

• Περιστατικά που παραπέμπονται (με γραπτή και προφορική επικοινωνία) ως επείγοντα θα διεκπεραιώνονται άμεσα με τη μεταφορά τους στο διαγνωστικό κέντρο. Η μεταφορά των ασθενών θα γίνεται με ευθύνη του νοσηλευτηρίου.

• Μη επείγοντα περιστατικά θα παραπέμπονται (με γραπτή και προφορική επικοινωνία) μόνο μεταξύ των εργάσιμων ωρών 07:30-15:00 (Δευτέρα ως Παρασκευή). Το διαγνωστικό κέντρο υποχρεούται να διεκπεραιώσει την εξέταση όχι αργότερα από 24 ώρες μετά την επικοινωνία.

* 1. ***Έλεγχος και παραλαβή παραδοτέων***

Μετά από την ολοκλήρωση ιατρικής πράξης, ο Ανάδοχος θα πρέπει να αποστέλλει στον παραπέμποντα ιατρό, που έκανε την παραπομπή του ασθενή στο διαγνωστικό κέντρο, τα πιο κάτω (παραλείποντας τα προσωπικά στοιχεία του ασθενούς - να φαίνεται μόνο αριθμός περιστατικού):

1. Ιατρική Έκθεση
2. Παραπεμπτικό το οποίο έχει αποσταλεί από τον παραπέμποντα ιατρό πλήρως συμπληρωμένο.
3. Αντίγραφο της κάρτας νοσηλείας του ασθενή όπου είναι εφικτό.

Ο προσφέρων οφείλει να παρέχει κάθε πληροφορία και να επιτρέπει στον Συντονιστή της Σύμβασης ή εξουσιοδοτημένο εκπρόσωπο, να επιθεωρούν τους χώρους του διαγνωστικού κέντρου για διεξαγωγή όλων των απαραίτητων ελέγχων.

* 1. ***Υποχρεώσεις έναντι της Αναθέτουσας Αρχής***

• Ο Ανάδοχος υποχρεούται να παρέχει τις εξετάσεις μαγνητικής/αξονικής τομογραφίας στους ασθενείς που θα παραπέμπονται από την Αναθέτουσα Αρχή, στο υψηλότερο δυνατό επίπεδο των ικανοτήτων του προσωπικού και των εγκαταστάσεων του Αναδόχου, δοθέντος ότι τηρούνται όλοι οι όροι της σύμβασης και οι πρόνοιες του νόμου περί λειτουργίας σε ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα.

• Κατά τη διάρκεια της εξέτασης μαγνητικής/αξονικής τομογραφίας των ασθενών στο ιδιωτικό διαγνωστικό κέντρο/κλινική, το ιδιωτικό διαγνωστικό κέντρο/κλινική είναι υπεύθυνο για τυχόν τραυματισμό ή οποιανδήποτε άλλη βλάβη που ενδεχομένως να προκληθεί σ’ αυτούς ή στα προσωπικά τους αντικείμενα κατά τη διάρκεια της παραμονής τους ή που να αποδίδεται σε οποιανδήποτε θεραπεία της οποίας έτυχαν στο ιδιωτικό διαγνωστικό κέντρο/κλινική, λόγω αθέτησης του συμβολαίου ή οποιασδήποτε ζημιάς, περιλαμβανομένης ιατρικής ή άλλης αμέλειας και θα απαλλάσσει πλήρως την Αναθέτουσα Αρχή σε σχέση με οποιεσδήποτε αποζημιώσεις, προβλεπόμενες ή μη, που είναι δυνατόν να επιδικαστεί να πληρώσει στον ασθενή ή στην οικογένειά του, ως αποτέλεσμα τέτοιου τραυματισμού ή ζημιάς στον ασθενή ή στην προσωπική του περιουσία.

• Ο Ανάδοχος θα πρέπει να διενεργεί τουλάχιστο ανά εξάμηνο πλήρη ποιοτικό έλεγχο του συστήματος μαγνητικής/αξονικής τομογραφίας. **Αντίγραφο του ποιοτικού ελέγχου θα πρέπει να αποστέλλεται στον συντονιστή της σύβασης**.

1. **Τεχνικές και Επαγγελματικές Ικανότητες**

Οι ενδιαφερόμενοι θα πρέπει να πληρούν υποχρεωτικά τις πιο κάτω προϋποθέσεις που αφορούν τις τεχνικές και επαγγελματικές τους ικανότητες και να επισυνάψουν με την προσφορά τους αποδεικτικά στοιχεία/ πιστοποιητικά/ βεβαιώσεις για τα ακόλουθα:

To **σύστημα υπολογιστικής τομογραφίας** θα πρέπει να πληροί καθ’ ελάχιστον όλες τις πιο κάτω προδιαγραφές:

* Υπολογιστικός Τομογράφος τουλάχιστον 16 τομών.

Τεχνικές μείωσης δόσης ακτινοβολίας στον ασθενή με τη χρήση διαμόρφωσης mA σε τρεις άξονες σε συνέργεια με προοπτική εφαρμογή επαναληπτικού αλγόριθμου ανακατασκευής (iterative reconstruction).

* Ο ελάχιστος χρόνος περιστροφής του gantry να ίσος ή μικρότερος από 0.5 δευτερόλεπτα.

To **σύστημα μαγνητικής τομογραφίας** θα πρέπει να πληροί καθ’ ελάχιστον όλες τις πιο κάτω προδιαγραφές:

* Υπεραγώγιμος Μαγνητικός τομογράφος κλειστού τύπου και με ένταση στατικού μαγνητικού πεδίου ίση ή μεγαλύτερη από 1.5 Tesla.
* Τα πηνία κεφαλής και κοιλίας που χρησιμοποιούνται να διαθέτουν τουλάχιστον 16 κανάλια λήψης.

 Τα δύο συστήματα δεν μπορούν να χρησιμοποιούνται για χρήση πέραν από αυτή που περιγράφεται στα εγχειρίδια του κατασκευαστή.

***Διαγνωστικό Κέντρο***

**- Το διαγνωστικό κέντρο/κλινική θα πρέπει να βρίσκεται γεωγραφικά στην επαρχία για την οποία γίνεται η εκδήλωση ενδιαφέροντος.**

- Το Διαγνωστικό Κέντρο θα μπορεί να αντικαταστήσει ή και να προσθέσει Ακτινολόγο με την προϋπόθεση ότι θα πληροί τα κριτήρια των προδιαγραφών και μόνο μετά από  έγκριση της Αναθέτουσας Αρχής.

- Απαραίτητη προϋπόθεση ο/οι ιατροί που διενεργούν/επιλαμβάνονται των εξετάσεων φέρουν τη συνολική κλινική ευθύνη που δεν περιορίζεται μόνο στη διαπεραίωση της εξέτασης αλλά και στην ασφάλεια των ασθενών. Συνεπώς το διαγνωστικό κέντρο θα πρέπει να διαθέτει κατάλληλα εκπαιδευμένο προσωπικό και μέσα για την αντιμετώπιση κινδύνων και επειγόντων περιστατικών που δύναται να προκύψουν κατά τη διάρκεια της εξέτασης.

- Τα απεικονιστικά συστήματα του κέντρου θα πρέπει να υποβάλλονται τουλάχιστον κάθε 6 μήνες και κάθε φορά μετά από επισκευή/προληπτική συντήρηση σε ποιοτικό έλεγχο από Ιατροφυσικό εμπειρογνώμονα εγγεγραμμένο στο Μητρώο του Συλλόγου Φυσικών Ιατρικής Κύπρου (**Να επισυναφθεί η τελευταία αναφορά ποιοτικού ελέγχου).**

- Πιστοποιητικό λειτουργίας/άδεια του διαγνωστικού κέντρου **(Nα επισυναφτεί σχετικό πιστοποιητικό).**Σε περίπτωση που το διαγνωστικό κέντρο είναι εντός ιδιωτικής κλινικής, χρειάζεται να προσκομιστεί η άδεια της κλινικής.

- Άδεια κατοχής, χειρισμό, χρήσης, αποθήκευση, απόρριψης πηγών δυνάμει του περί Προστασίας από Ιονίζουσες Ακτινοβολίες και Πυρηνικής και Ραδιολογικής Ασφάλειας και Προστασίας Νόμος του 2002 έως 2018**(Να επισυναφτεί σχετικό πιστοποιητικό)**

1. ***ΟΜΑΔΑ ΕΡΓΟΥ - ΕΛΑΧΙΣΤΟ ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ***
	1. ***Ιατρός Ακτινολόγος***
	2. Εγγεγραμμένος στο μητρώο Ιατρών Κύπρου σύμφωνα με τους Περί Ιατρών (Σύλλογοι, Πειθαρχεία και Ταμείο Συντάξεων Νόμους) (**Να επισυναφτεί σχετικό πιστοποιητικό)**
	3. Ειδικότητα στην Ακτινολογία (**Να επισυναφτεί σχετικό πιστοποιητικό)**
	4. Ο ακτινολόγος υποχρεούται να παρακολουθεί τη διεκπεραίωση της εξέτασης επιτόπου.
	5. ***Ιατρός Αναισθησιολόγος***
	6. Το διαγνωστικό κέντρο θα πρέπει να συνεργάζεται με ή/και να διαθέτει τουλάχιστον ένα ιατρό Αναισθησιολόγο ο οποίος θα πρέπει να είναι εγγεγραμμένος στο μητρώο Ιατρών Κύπρου και ο οποίος θα δηλωθεί για να καλύπτει το διαγνωστικό κέντρο **(να επισυναφτεί σχετικό πιστοποιητικό)**. Ο ιατρός Αναισθησιολόγος δεν χρειάζεται να αποτελεί μόνιμο προσωπικό του κέντρου
	7. Ειδικότητα στην Αναισθησιολογία. **(Να επισυναφτεί σχετικό πιστοποιητικό)**

***Τεχνολόγος Ακτινολόγος***

Εγγεγραμμένος Ακτινογράφος στον Παγκύπριο Σύνδεσμο Τεχνολόγων Ακτινολόγων και Ακτινοθεραπευτών Κύπρου. (**Να επισυναφτεί σχετικό πιστοποιητικό)**

**Τριετής (3) τουλάχιστον εμπειρία** στο χειρισμό υπολογιστικού και μαγνητικού τομογράφου **(Να αναφέρεται στο Έντυπο 1 - Βιογραφικό Σημείωμα).**

**Για την προαναφερόμενη ομάδα έργου να επισυναφτούν αναλυτικά βιογραφικά σημειώματα σύμφωνα με το σχετικό υπόδειγμα (Έντυπο 1)**

**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**

|  |  |
| --- | --- |
| **Προτεινόμενη Θέση στην Ομάδα Έργου/Ειδικότητα :** |  |
| 1. **Επίθετο:**
 |  |
| 1. **Όνομα:**
 |  |
| 1. **Ημερομηνία γέννησης:**
 |  |
| 1. **Υπηκοότητα:**
 |  |
| 1. **Τηλ. Επικοινωνίας:**
 |  |

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 – Δήλωση Ενδιαφέροντος**

**Επαρχία όπου βρίσκεται το Διαγνωστικό Κέντρο:**…………………………………

**Σημειώστε με √ το κουτάκι όπου ισχύει:**

[ ]  Το διαγνωστικό κέντρο προσφέρει υπηρεσίες CT

[ ]  Το διαγνωστικό κέντρο προσφέρει υπηρεσίες MRI

[ ]  Ενδιαφερόμαστε μόνο για το κανονικό ωράριο από Δευτέρα – Παρασκευή εξαιρουμένων επίσημων αργιών, 08:00π.μ. - 19:00μ.μ. και Σάββατο 08:00π.μ. – 13:00μ.μ και το ωράριο λειτουργίας του Διαγνωστικού Κέντρου με τις τιμές αποζημίωσης του ΟΑΥ.

[ ]  Ενδιαφερόμαστε μόνο για τις υπόλοιπες μέρες και ώρες εκτός από το κανονικό ωράριο οι οποίες δεν εμπίπτουν στο ωράριο λειτουργίας του Διαγνωστικού Κέντρου, με την τιμή αποζημίωσης του ΟΑΥ αυξημένη κατά το ποσοστό που δηλώθηκε στον πιο κάτω πίνακα αποζημιώσεων.

[ ]  Ενδιαφερόμαστε για το κανονικό ωράριο με τις τιμές αποζημίωσης του ΟΑΥ και για τις υπόλοιπες μέρες και ώρες οι οποίες δεν εμπίπτουν στο ωράριο λειτουργίας του Διαγνωστικού Κέντρου, με την τιμή αποζημίωσης του ΟΑΥ αυξημένη κατά το ποσοστό που δηλώθηκε στον πιο κάτω πίνακα αποζημιώσεων.

|  |
| --- |
| **Πίνακας Αποζημιώσεων** |
| **Α/Α** | **Ωράριο** | **Αποζημίωση για κάθε εξέταση** |
| 1. | Κανονικό Ωράριο: Δευτέρα - Παρασκευή εξαιρουμένων επίσημων αργιών, 08:00π.μ. - 19:00μ.μ. και Σάββατο 08:00π.μ.-13:00μ.μ και το ωράριο λειτουργίας του Διαγνωστικού Κέντρου. | Τιμή αποζημίωσης ΟΑΥ |
| 2. | Για τις υπόλοιπες μέρες και ώρες εκτός από το κανονικό ωράριο (σημείο 1.) οι οποίες δεν εμπίπτουν στο ωράριο λειτουργίας του Διαγνωστικού Κέντρου. | Τιμή αποζημίωσης ΟΑΥ **+** **..……%\*** |

***\* να συμπληρωθεί από το ενδιαφερόμενο Διαγνωστικό Κέντρο***

**Σημ.: Για την διενέργεια εξετάσεων εκτός κανονικού ωραρίου (σημείο 2.) θα δοθεί προτεραιότητα στο Διαγνωστικό Κέντρο με την χαμηλότερη προσφερόμενη αποζημίωση.**

Υπογραφή: ……………………………………….

Ονοματεπώνυμο: ……………………………………….

Ιδιότητα Υπογράφοντος: ……………………………………….