

|  |
| --- |
| Αρ. Φακ. ΟΚΥπΥ 13.25.001.452 |
| Αρ. Προσφοράς: Α.Ο. 40/22 |
|  |

Λευκωσία, 17 Αυγούστου 2022

**ΠΡΟΣ ΟΛΟΥΣ ΤΟΥΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΜΕΝΟΥΣ**

**Θέμα: Αγορά Υπηρεσιών Λειτουργών Νοσοκομειακού Εργαστηρίου για κάλυψη των αναγκών του Μικροβιολογικού Τμήματος του Γ.Ν. Λευκωσίας 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 Λειτουργών Νοσοκομειακού Εργαστηρίου για κάλυψη των αναγκών του Μικροβιολογικού Τμήματος του Γενικού Νοσοκομείου Λευκωσίας.

Η χρονική διάρκεια των συμβάσεων θα είναι για πέντε (5) μήνες με δικαίωμα ανανέωσης ανά ένα (1) μήνα αν εξακολουθεί να υφίσταται η ανάγκη.

Το **ποσό αμοιβής** είναι **€10,15 ανά ώρα** για **μέγιστο 260 ώρες ανά μήνα.**

**Ωράριο Εργασίας:** Aκανόνιστο ωράριο με σύστημα βάρδιας σύμφωνα με τις ανάγκες του Εργαστηρίου από **Δευτέρα μέχρι Κυριακή με μέγιστο 60 ώρες ανά εβδομάδα**.

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.

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 για τοποθέτηση των υποψηφίων στο Εργαστήριο θα γίνει στις **23 Αυγούστου 2022 και ώρα 13:00** και μετέπειτα θα πραγματοποιείται ξανά όταν υφίσταται ανάγκη.

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

Όταν υφίσταται ανάγκη, θα γίνεται κλήρωση μεταξύ των υποψηφίων που θα βρίσκονται στον κατάλογο, για πλήρωση της θέσης.

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

Η υποβολή των αιτήσεων θα γίνεται μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου στην διεύθυνση **ko.nikolaou@shso.org.cy** υποβάλλοντας συμπληρωμένα τα πιο κάτω:

* **Έντυπο 1 - Βιογραφικό Σημείωμα**
* **Έντυπο 2 - Υπεύθυνη Δήλωση**
* **Όλα τα πιστοποιητικά / βεβαιώσεις / πτυχία που απαιτούνται σύμφωνα με την παρούσα.**

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

**Α) Απαιτούμενα Προσόντα**

1. Πανεπιστημιακό δίπλωμα ή τίτλος ή ισότιμο προσόν σε ένα τουλάχιστον από τα ακόλουθα θέματα ή συνδυασμό των θεμάτων αυτών: Βιοχημεία, Βιοεπιστήμες, Χημεία, Βιολογία, Μικροβιολογία, Ανοσολογία, Αιματολογία, Κυτταρολογία, Ιστολογία, Ιατρικές Εργαστηριακές Επιστήμες, Μοριακή Βιολογία, Ιολογία, άλλο κλάδο Κλινικής Εργαστηριακής Επιστήμης.

(Σημ.: Ο όρος «πανεπιστημιακό δίπλωμα ή τίτλος» καλύπτει και μεταπτυχιακό δίπλωμα ή τίτλο).

1. Ακεραιότητα χαρακτήρα, οργανωτική και διοικητική ικανότητα, υπευθυνότητα, πρωτοβουλία και ευθυκρισία.

**Β) Καθήκοντα και ευθύνες**

1. Εκτελεί εργαστηριακές αναλύσεις σε έναν ή περισσότερους κλάδους των Νοσοκομειακών Εργαστηρίων, περιλαμβανομένων του Μικροβιολογικού και του Κλινικού Εργαστηρίου.
2. Εισηγείται την εισαγωγή νέων μεθόδων στην εκτέλεση των αναλύσεων.
3. Αξιολογεί την ποιότητα των αποτελεσμάτων των εργαστηριακών αναλύσεων και συμμετέχει στις διαδικασίες διασφάλισης της ποιότητάς τους.
4. Εποπτεύει, καθοδηγεί, ελέγχει και εκπαιδεύει κατώτερο προσωπικό.
5. Συμβάλει στην εξασφάλιση του αναγκαίου εργαστηριακού εξοπλισμού και φροντίζει για τον έλεγχο, ασφαλή φύλαξη και συντήρηση αυτού.
6. Εκτελεί οποιαδήποτε άλλα καθήκοντα του ανατεθούν.
7. 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.

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.

**Αιτήσεις από ενδιαφερόμενους που έχουν συμπληρώσει πέραν των 24 μηνών εργασίας στο σύνολο με αγορά υπηρεσιών, θα απορρίπτονται.**

**Η αγορά υπηρεσιών δεν δύναται να υπερβαίνει συνολικά τους 29 μήνες ανά άτομο.**

**ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ ΕΝΤΥΠΩΝ**

**Έντυπο 1 : Βιογραφικό Σημείωμα**

**Έντυπο 2 : Υπεύθυνη Δήλωση**

**Έντυπο 1**

 **ΒΙΟΓΡΑΦΙΚΟ ΣΗΜΕΙΩΜΑ**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Επίθετο:**
 |  |
| 1. **Όνομα:**
 |  |
| 1. **Ημερομηνία γέννησης:**
 |  |
| 1. **Υπηκοότητα:**
 |  |
| 1. **Αριθμός Ταυτότητας:**
 |  |
| 1. **Τηλέφωνο 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**

**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 |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |

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