

|  |
| --- |
| Αρ. Φακ. Ο.Κ.Υπ.Υ. 13.25.001.483Αρ. Προσφοράς: Κ.Ο 265/22 |

Λευκωσία, 08 Νοεμβρίου 2022

**ΠΡΟΣ ΟΛΟΥΣ ΤΟΥΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΜΕΝΟΥΣ**

**Θέμα:** **Διαγωνισμός Αγοράς Υπηρεσιών Ηλεκτροφυσιολόγου Καταγραφέα Ηλεκτροεγκεφαλογραφημάτων (ΗΕΓ) για τις Ανάγκες της Παιδονευρολογικής Κλινικής του ΝΑΜ ΙΙΙ 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 Ηλεκτροφυσιολόγου Καταγραφέα Ηλεκτροεγκεφαλογραφημάτων (ΗΕΓ) για τις Ανάγκες της Παιδονευρολογικής Κλινικής του ΝΑΜ ΙΙΙ.

Η **χρονική** **διάρκεια** της σύμβασης θα είναι για **τρεις (3) μήνες** από την ημερομηνία έναρξης εκτέλεσης του αντικειμένου της σύμβασης **με δικαίωμα ανανέωσης για ακόμα τρεις (3) μήνες & ακόμα τρεις (3) μήνες & ακόμα τρεις (3) μήνες**, αν εξακολουθεί να υφίσταται η ανάγκη.

Ο Ανάδοχος θα αποζημιώνεται με **€24.99 ανά ΗΕΓ** με **μέγιστο αριθμό τα 60 ΗΕΓ ανά μήνα**.

Οι αιτήσεις που θα υποβάλλονται θα καταχωρούνται σε κατάλογο (με αλφαβητική σειρά), τον οποίο θα ελέγχει ο Προϊστάμενος της Μονάδας Διαχείρισης και Ανάπτυξης Ανθρωπίνου Δυναμικού του ΟΚΥπΥ.

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

* **Όσα πιστοποιητικά/βεβαιώσεις και έντυπα απαιτούνται σύμφωνα με την παράγραφο «Β. Απαιτούμενα Προσόντα».**

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 την **κα. Έλενα Νεοφύτου**, Λειτουργός Ανθρώπινου Δυναμικού, στον αριθμό 22 212 891.

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 14/11/2022 στις 10:00 π.μ.** και μετέπειτα θα πραγματοποιείται ξανά όταν υφίσταται ανάγκη.

**Α. Καθήκοντα και ευθύνες**:

1. Ο Ανάδοχος θα πρέπει να παρουσιάζεται στο ΝΑΜ ΙΙΙ, όποτε του ζητηθεί (καθημερινές ή/και Σαββατοκύριακα) και να εκπληρώνει **το μέγιστο εξήντα (60) ΗΕΓ ανά μήνα**. Ο αριθμός των ΗΕΓ που θα διενεργούνται θα είναι σύμφωνα με τις εκάστοτε ανάγκες.
2. Ο Ανάδοχος μπορεί να εκπληρώνει τα ΗΕΓ τις εργάσιμες ώρες, μετά από συνεννόηση με τον Εκάστοτε Διευθυντή της Παιδιατρικής Κλινικής του ΝΑΜ ΙΙΙ. Σε περίπτωση επείγοντος περιστατικού, ο Ανάδοχος θα πρέπει να διεκπεραιώσει το περιστατικό εντός 24 ωρών από την ώρα που θα του ζητηθεί.
3. Η δημιουργία ηλεκτροεγκεφαλογραφήματος πρέπει να περιλαμβάνει:
	1. Τοποθέτηση ηλεκτροδίων
	2. Τοποθέτηση στοιχείων του ασθενή στο μηχάνημα του ηλεκτροεγκεφαλογράφου
	3. Καταγραφή ΗΕΓ στον ηλεκτρονικό υπολογιστή
	4. Εποπτεία της ηλεκτροεγκεφαλικής μελέτης
	5. Αναγνώριση ύποπτων κλινικών επεισοδίων και ενημέρωση του Υπεύθυνου Ιατρού.
4. Ο Ανάδοχος δύναται να διεκπεραιώνει οποιαδήποτε άλλα καθήκοντα του ανατεθούν σχετικά με το αντικείμενο της σύμβασης.
5. Ο Ανάδοχος θα πρέπει να συμπληρώνει το Έντυπο αναφοράς διεκπεραίωσης εργασίας (**Έντυπο 2**) για κάθε ΗΕΓ/ασθενή που αναλαμβάνει.

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. Οι ενδιαφερόμενοι θα **πρέπει να πληρούν υποχρεωτικά** τις πιο κάτω προϋποθέσεις που αφορούν τις τεχνικές και επαγγελματικές τους ικανότητες και **να επισυνάψουν με την υποβολή αίτησης εκδήλωσης ενδιαφέροντος αποδεικτικά στοιχεία/ πιστοποιητικά/ βεβαιώσεις** για τα ακόλουθα:
* Απολυτήριο αναγνωρισμένης Σχολής Μέσης εκπαίδευσης.
* Δίπλωμα/ Πιστοποιητικό/ Βεβαίωση Τεχνικού εργαστηριακής ιατρικής (ιδανικά κλινικής νευροφυσιολογίας και ΗΕΓ) αναγνωρισμένο από τους αντίστοιχους συνδέσμους ή εγκεκριμένα ως ισότιμα από το Υπουργείο Υγείας.
* Πείρα τουλάχιστον τριών (3) χρόνων στην διενέργεια ΗΕΓ σε παιδιά **(να επισυναφθεί βεβαίωση από το ιατρικό κέντρο/κλινική στο οποίο αποκτήθηκε η πείρα)**
1. Πανεπιστημιακό δίπλωμα ή τίτλος ή ισότιμο προσόν στη Γενική Νοσηλευτική θα αποτελέσει πλεονέκτημα στην επιλογή των υποψηφίων **(να επισυναφθεί αντίγραφο)**.
2. **Ο Ανάδοχος να επισυνάψει αναλυτικό βιογραφικό σημείωμα σύμφωνα με το σχετικό υπόδειγμα (Έντυπο 1).**

**ΕΝΤΥΠΟ 1**

**ΒΙΟΓΡΑΦΙΚΟ ΣΗΜΕΙΩΜΑ**

|  |  |
| --- | --- |
| 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.

**ΕΝΤΥΠΟ 2**

**ΕΝΤΥΠΟ ΑΝΑΦΟΡΑς ΔΙΕΚΠΕΡΑΙΩΣΗς ΕΡΓΑΣΙΑς**

**Θέμα:** **Διαγωνισμός Αγοράς Υπηρεσιών Ηλεκτροφυσιολόγου Καταγραφέα Ηλεκτροεγκεφαλογραφημάτων (ΗΕΓ) για τις Ανάγκες της Παιδονευρολογικής Κλινικής του ΝΑΜ ΙΙΙ σύμφωνα με το Παράρτημα XIV του Ν.73(Ι)/2016**

**Κ.Ο. 265/22**

**ΜΕΡΟΣ Α** (Συμπληρώνεται από τον Παραπέμπων Ιατρό)

Ημερομηνία: ……………………………………………….

Ονοματεπώνυμο Ασθενή: ……………………………………………….

Αρ. Επεισοδίου: ………………………

Υπογραφή Θεράποντα Ιατρού ………………………….

**ΜΕΡΟΣ Β** (Συμπληρώνεται από τον Ανάδοχο της Σύμβασης)

Ώρα Διεκπεραίωσης Εργασίας ……………………………………..

Ημερομηνία Διεκπεραίωσης Εργασίας ……………………………………..

Εκτελεσθείσα εργασία: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Υπογραφή Ανάδοχου -----------------------------------------------------------------

Ονοματεπώνυμο Αναδόχου (ολογράφως) -------------------------------------------------------------