

|  |
| --- |
| Αρ. Φακ. Ο.Κ.Υπ.Υ. 13.25.001.500  Αρ. Προσφοράς: Κ.Ο 16/23 |

Λευκωσία, 18 Ιανουαρίου 2023

**ΠΡΟΣ ΟΛΟΥΣ ΤΟΥΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΜΕΝΟΥΣ**

**Θέμα:** **Διαγωνισμός Αγοράς Υπηρεσιών Φαρμακοποιού για τις ανάγκες των Φαρμακείων των Κέντρων Υγείας Πύργου Τηλλυρίας και Παναγιάς 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 Φαρμακοποιού για τις ανάγκες των Φαρμακείων των Κέντρων Υγείας Πύργου Τηλλυρίας και Παναγιάς.

Η **χρονική** **διάρκεια** της σύμβασης θα είναι για **έξι (6) μήνες** από την ημερομηνία έναρξης εκτέλεσης του αντικειμένου της σύμβασης, με δικαίωμα ανανέωσης ανά **έξι (6) μήνες** αν εξακολουθεί να υφίσταται η ανάγκη και εφόσον εξασφαλιστούν οι αναγκαίες πιστώσεις.

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

Ο Ανάδοχος θα εργάζεται ως εξής στα δύο Κέντρα Υγείας, με την δυνατότητα αυτό να μπορεί να διαμορφωθεί κατόπιν συνεννόησης με τον Συντονιστή της Σύμβασης:

* **3 μέρες** της βδομάδας στο **Κ.Υ.** **Πύργου Τηλλυρίας**
* **2 μέρες** της βδομάδας στο **Κ.Υ. Παναγιάς**

Σταθερό μηνιαίο ποσό αμοιβής: **€2.500 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 και η αγορά υπηρεσιών θα πραγματοποιείται σύμφωνα με τις εκάστοτε ανάγκες.

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

* **Έντυπο 1 – Βιογραφικό Σημείωμα**
* **Έντυπο 2 – Υπεύθυνη Δήλωση**
* **Όσα πιστοποιητικά/βεβαιώσεις 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 εκ νέου 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 ΟΚΥπΥ, 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 24/01/2023 στις 10:00 π.μ.** και μετέπειτα θα πραγματοποιείται ξανά όταν υφίσταται ανάγκη.

**Α. Καθήκοντα και ευθύνες**:

* Εκτελεί και παραδίδει ιατρικές συνταγές στο Φαρμακείο του Νοσοκομείου και για το σκοπό αυτό εισπράττει τα αναγκαία τέλη.
* Προμηθεύει τα αναγκαία φάρμακα και φαρμακευτικό υλικό σε ασθενείς κατόπιν ιατρικής συνταγής.
* Τηρεί τα αναγκαία βιβλία μεταξύ των οποίων οι καταγραφές φαρμάκων, το Βιβλίο Ναρκωτικών Φαρμάκων και Ψυχοτρόπων Ουσιών.
* Κατασκευάζει φάρμακα ή/και ελέγχει την ποιότητα ή/και την τιμή των φαρμάκων.
* Εκτελεί οποιαδήποτε άλλα καθήκοντα του ανατεθούν σχετικά με το αντικείμενο 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.

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/ιατρικής 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.

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

**Β. Απαιτούμενα Προσόντα:**

1. **Πανεπιστημιακό δίπλωμα ή τίτλος ή ισότιμο προσόν στη** **Φαρμακευτική** (ο όρος «Πανεπιστημιακό δίπλωμα ή τίτλος» καλύπτει και μεταπτυχιακό δίπλωμα ή τίτλο) από αναγνωρισμένο ίδρυμα.
2. **Εγγεγραμμένος Φαρμακοποιός στην Κύπρο**
3. **Πολύ καλή γνώση της ελληνικής γλώσσας και καλή γνώση της αγγλικής ή της γαλλικής ή της γερμανικής γλώσσας**. Η πολύ καλή γνώση της Ελληνικής και καλή γνώση της Αγγλικής ή της Γαλλικής ή της Γερμανικής γλώσσας στο απαιτούμενο επίπεδο, θα πρέπει να τεκμηριώνεται από τους υποψηφίους 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)).

**Οι ενδιαφερόμενοι θα** **πρέπει να επισυνάψουν με την υποβολή αίτησης εκδήλωσης ενδιαφέροντος αποδεικτικά στοιχεία/ πιστοποιητικά/ βεβαιώσεις για τα παραπάνω.**

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

Φαρμακοποιοί οι οποίοι ήδη υπηρετούν στον ΟΚΥπΥ μέσω αγοράς υπηρεσιών δεν μπορούν να αιτηθούν, εκτός αν ήδη προσφέρουν τις υπηρεσίες τους για κάλυψη των συγκεκριμένων αναγκών.

Φαρμακοποιοί οι οποίοι υπηρετούν στον ΟΚΥπΥ, είτε μέσω συμβολαίου είτε μέσω αποσπάσεώς τους από το Υπουργείο Υγείας θα μπορέσουν να ξεκινήσουν την σύμβαση αγοράς υπηρεσιών μετά την επίσημη αποχώρηση ή αφυπηρέτησή τους από τον ΟΚΥπΥ.

**ΕΝΤΥΠΟ 1**

**ΒΙΟΓΡΑΦΙΚΟ ΣΗΜΕΙΩΜΑ**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Επίθετο:** |  |
| 1. **Όνομα:** |  |
| 1. **Ημερομηνία γέννησης:** |  |
| 1. **Υπηκοότητα:** |  |
| 1. **Τηλ. Επικοινωνίας:** |  |
| 1. **Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας:** |  |

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**

**ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ**

**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 |  |  |  |  |

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