

|  |
| --- |
| Αρ. Φακ. ΟΚΥπΥ: 13.25.001.523Αρ. Προσφοράς: Κ.Ο. 65/23 |

Λευκωσία, 10 Μαρτίου 2023

**ΠΡΟΣ ΟΛΟΥΣ ΤΟΥΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΜΕΝΟΥΣ**

**Θέμα:** **Επείγουσα Αγορά Υπηρεσιών από ιδιωτικά νοσηλευτήρια για διενέργεια TIPS (Transjugular Intrahepatic Portosystemic Shunt - Διασφαγιτιδική Ενδοηπατική**

**Πυλαιοσυστηματική Αναστόμωση) σε ασθενή του Γ.Ν. Λάρνακας 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 από ιδιωτικά νοσηλευτήρια για διενέργεια TIPS (Transjugular Intrahepatic Portosystemic Shunt - Διασφαγιτιδική Ενδοηπατική Πυλαιοσυστηματική Αναστόμωση) σε ασθενή του Γενικού Νοσοκομείου Λάρνακας.

Για οποιεσδήποτε διευκρινίσεις ή πληροφορίες παρακαλούνται οι ενδιαφερόμενοι όπως επικοινωνήσουν με την **Δρ. Μαρία Παπαδημητρίου Παθολόγος ΓΝ Λάρνακας τηλ. 24 800 483 / 24 800 500**.

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

* **Έντυπο Υποβολής Προσφοράς**
* **Όσα πιστοποιητικά/βεβαιώσεις απαιτούνται σύμφωνα με το σημείο «Α. 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.

**Λόγω του επείγοντος της καταστάσεως Η πρώτη εξέταση των αιτήσεων θα γίνει στις 10/03/2022 και ώρα 11:30π.μ.** και θα επαναλαμβάνεται κάθε μια ώρα μέχρι την κάλυψη της ανάγκης

Σε περίπτωση υποβολής δύο ή περισσότερων προσφορών Προσφέροντες τότε η επιλογή του Αναδόχου θα πραγματοποιηθεί με τη διαδικασία της κλήρωσης.

**Α. Απαιτούμενα Προσόντα Ιατρού:**

1. Ο ιατρός που θα κάνει την επέμβαση θα πρέπει να κατέχει ειδικότητα στην Ακτινολογία με εξειδίκευση επεμβατικής ακτινολογίας και εμπειρία σε διενέργεια TIPS.
2. Άδεια ασκήσεως ιατρικού επαγγέλματος σε ισχύ για το τρέχων έτος από τον Παγκύπριο Ιατρικό Σύλλογο

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 €450.000,00**.

**ΕΝΤΥΠΟ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΠΡΟΣΦΟΡΑΣ**

**Προς: Οργανισμό Κρατικών Υπηρεσιών Υγείας (ΟΚΥπΥ)**

**Θέμα: Επείγουσα Αγορά Υπηρεσιών από ιδιωτικά νοσηλευτήρια για διενέργεια TIPS (Transjugular Intrahepatic Portosystemic Shunt - Διασφαγιτιδική Ενδοηπατική Πυλαιοσυστηματική Αναστόμωση) σε ασθενή του Γ.Ν. Λάρνακας σύμφωνα με το Παράρτημα XIV του Ν.73(Ι)/2016**

1. Αφού μελετήσαμε τα Έγγραφα Διαγωνισμού και αφού έχουμε αποκτήσει πλήρη αντίληψη του Αντικειμένου της Σύμβασης, εμείς οι υποφαινόμενοι, αναλαμβάνουμε να αρχίσουμε, εκτελέσουμε και συμπληρώσουμε το Αντικείμενο της Σύμβασης για το συνολικό ποσό όπως αναλύεται πιο κάτω:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Α/Α** | **Προσφερόμενα Προϊόντα/Υπηρεσίες** | **Ποσότητα** | **Συνολική Τιμή χωρίς ΦΠΑ****€** |
| **1.** | **Διενέργεια TIPS (Transjugular Intrahepatic Portosystemic Shunt - Διασφαγιτιδική Ενδοηπατική Πυλαιοσυστηματική Αναστόμωση) σε ασθενή του Γ.Ν. Λάρνακας** | **1** | **€12.500** |

1. Αν η Προσφορά μας γίνει αποδεκτή, αναλαμβάνουμε να αρχίσουμε την εκτέλεση του Αντικειμένου της Σύμβασης από την ημερομηνία ανάθεσης.

**Εκ μέρους και για λογαριασμό του προσφέροντα:**

Υπογραφή: .........................................................................

Ονοματεπώνυμο: ...............................................................................

Ιδιότητα/Θέση: ..................................................................................

Όνομα Νοσηλευτηρίου: ………………………………………………….

Ημερομηνία: .................................................................................

Τηλέφωνο επικοινωνίας ……………………………………………..

Ηλεκτρονικό ταχυδρομείο………………………………………………………