

|  |
| --- |
| Αρ. Φακ. ΟΚΥπΥ: 13.25.001.542Αρ. Προσφοράς: Κ.Ο. 100/23 |

Λευκωσία, 13 Απριλίου 2023

**ΠΡΟΣ ΟΛΟΥΣ ΤΟΥΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΜΕΝΟΥΣ**

**Θέμα: Αγορά Υπηρεσιών Ειδικού Καρδιολόγου για κάλυψη των αναγκών του Γενικού Νοσοκομείου 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 Ειδικού Καρδιολόγου για κάλυψη των αναγκών του Γενικού Νοσοκομείου Λάρνακας του ΟΚΥπΥ.

Η χρονική διάρκεια της σύμβασης θα είναι για **έξι (6) μήνες** με δικαίωμα ανανέωσης ανά έξι (6) μήνες αν εξακολουθεί να υφίσταται η ανάγκη και εφόσον εξασφαλιστούν οι αναγκαίες πιστώσεις.

Ωράριο Εργασίας: **Δευτέρα έως Παρασκευή** από τις **07:30π.μ.-15:00μ.μ.** εξαιρουμένων επίσημων αργιών και **εφημερίες με το σύστημα on call** ως ακολούθως:

* **Μέγιστο έξι (6) εφημερίες κάθε μήνα** εκ των οποίων το μέγιστο δύο (2) Σάββατο/ Κυριακή/Αργία σύμφωνα με τις εκάστοτε ανάγκες.

Σταθερό μηνιαίο ποσό αμοιβής: **€4.275/μήνα** και επιπλέον για τις **εφημερίες** με το σύστημα on call ως ακολούθως:

* **Καθημερινές: €450**
* **Σάββατο/Κυριακή/Αργία: €700**

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 ή εξουσιοδοτημένος εκπρόσωπός του και η αγορά υπηρεσιών θα πραγματοποιείται σύμφωνα με τις εκάστοτε ανάγκες.

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

Για οποιεσδήποτε διευκρινίσεις ή πληροφορίες παρακαλούνται οι ενδιαφερόμενοι όπως επικοινωνήσουν με την **κα. Άντρη Σταυρίδου**, Λειτουργός Ανθρώπινου Δυναμικού Οργανισμός Κρατικών Υπηρεσιών Υγείας, στον αριθμό 22 212 854.

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

* **Έντυπο 1 - Βιογραφικό Σημείωμα**
* **Έντυπο 2 - Υπεύθυνη Δήλωση**
* **Όσα πιστοποιητικά/βεβαιώσεις απαιτούνται σύμφωνα με το σημείο «Β. 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.

**Η πρώτη εξέταση των αιτήσεων θα γίνει στις 21/04/2023 και ώρα 09:00π.μ.** και μετέπειτα θα πραγματοποιείται ξανά όταν υφίσταται ανάγκη.

**Α. Καθήκοντα και ευθύνες**:

1. Εκτελεί καθήκοντα της ειδικότητας του στο ΓΝ Λάρνακάς
2. Συμμετοχή στην πρωινή Καρδιολογική επίσκεψη
3. Λειτουργία τακτικού Καρδιολογικού Ιατρείου 2 φορές την εβδομάδα
4. Λειτουργία Καρδιολογικού εργαστηρίου 2 φορές την εβδομάδα (1 φορά δοκιμασία κόπωσης και 1 φορά υπερηχογραφικό εργαστήριο)
5. Διενέργεια Yπερηχοκαρδιογράφηματος (ECHO) και τέστ κοπώσεως (Cardiac stress test) για νοσηλευόμενους
6. Διεκπεραίωση παραπεμπτικών για γνωμάτευση / consultation από άλλες κλινικές.
7. Συμμετοχή στο επιστημονικό πρόγραμμα της Κλινικής. Συζήτηση περιστατικών, εισηγήσεις, παρουσιάσεις, διαλέξεις
8. Τηρεί και υποβάλλει τα απαραίτητα στοιχεία για την εργασία που επιτελεί
9. Εκτελεί οποιαδήποτε άλλα σχετικά με την ειδικότητά του καθήκοντα του ανατεθούν

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 €450.000,00**. 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. Αντίγραφο Πιστοποιητικού Ειδικότητας Καρδιολόγου.
2. Άδεια ασκήσεως ιατρικού επαγγέλματος σε ισχύ για το τρέχων έτος από τον Παγκύπριο Ιατρικό Σύλλογο.
3. Απόδειξη αίτησης εγγραφής στο σύστημα του Γε.Σ.Υ σύμφωνα με το ΚΔΠ 132/19
4. 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).

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

Ιατρικοί Λειτουργοί 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.

Ιατρικοί Λειτουργοί 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.

**Έντυπο 1 - ΒΙΟΓΡΑΦΙΚΟ ΣΗΜΕΙΩΜΑ**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Επίθετο:**
 |  |
| 1. **Όνομα:**
 |  |
| 1. **Ημερομηνία γέννησης:**
 |  |
| 1. **Υπηκοότητα:**
 |  |
| 1. **Τηλέφωνο Επικοινωνίας:**
 |  |
| 1. **Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας:**
 |  |
| 1. **Διεύθυνση Διαμονής:**
 | Οδός: ……………………………………………………Αριθμός: …………T.K.: ……………Πόλη/Χωριό: ……………………… |

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:……………………