

|  |
| --- |
| Αρ. Φακ. ΟΚΥπΥ: 13.25.001.623Αρ. Προσφοράς: Κ.Ο. 29/24 |

Λευκωσία, 02 Φεβρουαρίου 2024

**ΠΡΟΣ ΟΛΟΥΣ ΤΟΥΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΜΕΝΟΥΣ**

**Θέμα:** **Αγορά Υπηρεσιών Ακτινολόγου 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 Ακτινολόγου για κάλυψη των αναγκών στο Γενικό Νοσοκομείο Λάρνακας του ΟΚΥπΥ.

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

**Α. Αμοιβή / Παραδοτέα:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Είδος Εξέτασης / Γνωματεύσεις** | **Εκτιμώμενος μηνιαίος αριθμός εξετάσεων** | **Αμοιβή € ανά εξέταση** |
| CT - Αξονικός Τομογράφος | 160 | €50 |
| DX - Ακτινογραφίες | 280 | €12 |
| US - Υπέρηχοι | 45 | €26 |
| DEXA - Μέτρηση Οστικής Πυκνότητας | 10 | €17 |
| Μαστογραφίες | 7 | €33 |

Σε εξαιρετικές περιπτώσεις δύναται να ξεπεραστεί ο μέγιστος μηνιαίος αριθμός εξετάσεων και ο Ανάδοχος θα πρέπει να εξετάζει απρόσκοπτα χωρίς επιπλέον αμοιβή. Δηλαδή η μηνιαία αμοιβή δεν δύναται να ξεπερνά τα €14.500.

Απαιτείται η φυσική παρουσία του Αναδόχου στο Ακτινολογικό Τμήμα του Γενικού Νοσοκομείο Λάρνακας για την διαπεραίωση των πιο πάνω εξετάσεων/γνωματεύσεων. Για τις ανάγκες του τμήματος ο Ανάδοχος θα ενημερώνεται σε εύθετο χρόνο.

Ο Ανάδοχος οφείλει να εγγυάται την ακριβή και πλήρη καταχώριση όλων των ακτινολογικών εξετάσεων και γνωματεύσεων που διενεργεί στο σύστημα PACS (Picture Archiving and Communication System). Αυτό απαιτείται για την ακριβή καταγραφή των παραδοτέων και τον έλεγχο των τιμολογίων στο τέλος κάθε μήνα.

Ο χρόνος ανταπόκρισης δεν πρέπει να ξεπερνά τα 30 λεπτά από την ώρα κλήσης.

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 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 των υποψηφίων, 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 12/02/2024 και ώρα 10:00π.μ.** και μετέπειτα θα πραγματοποιείται ξανά όταν υφίσταται ανάγκη.

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.

Επιπρόσθετα με την υπογραφή της σύμβασης ο Ανάδοχος θα πρέπει να προσκομίσει **απόδειξη αίτησης εγγραφής στο σύστημα του Γε.Σ.Υ** σύμφωνα με το ΚΔΠ 132/19.

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

**Β. Απαιτούμενα Προσόντα:**

1. Αντίγραφο Πιστοποιητικού Ειδικότητας Ακτινολόγου
2. Άδεια ασκήσεως ιατρικού επαγγέλματος σε ισχύ για το τρέχων έτος από τον Παγκύπριο Ιατρικό Σύλλογο

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

Ιατρικοί Λειτουργοί οι οποίοι έχουν σε ισχύ σύμβαση αγοράς υπηρεσιών με τον ΟΚΥπΥ δεν μπορούν να αιτηθούν, εκτός αν ήδη προσφέρουν τις υπηρεσίες τους στο συγκεκριμένο τμήμα/μονάδα 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 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:……………………