

|  |
| --- |
| ΚΥΠΡΙΑΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΑΓΟΡΩΝ ΚΑΙ ΠΡΟΜΗΘΕΙΩΝ |

|  |  |
| --- | --- |
| Αρ. Φακ. Υ.Υ.13.25.003.001.1136 |  |
| Αρ. Προσφοράς: Σ.Υ. 79/20 |  |
| Αρ. Τηλ.: 22605395 |  |
| Αρ. Φαξ: 22605488 |  |

Λευκωσία, 04 Αυγούστου 2020

**Θέμα: Διαγωνισμός για την Αγορά Υπηρεσιών Νοσηλευτών Διαγωνισμός για την αγορά υπηρεσιών νοσηλευτών ή/και Υγειονομικών Λειτουργών ή/και Φυσιοθεραπευτών για τη διαχείριση των θερμοκαμερών που θα χρησιμοποιηθεί για τους ταξιδιώτες προς Κύπρο στα αεροδρόμια Λάρνακας- Πάφου και για κάλυψη των αναγκών ιχνηλάτισης της Μονάδας Επιδημιολογικής Επιτήρησης και Ελέγχου των Λοιμωδών Νοσημάτων**

Η Διεύθυνση Αγορών και Προμηθειών του Υπουργείου Υγείας, Προκηρύσσει Διαγωνισμό για Αγορά Υπηρεσιών από σαράντα πέντε (45) Εγγεγραμμένους Νοσηλευτές ή/και Υγειονομικούς Λειτουργούς ή/και Φυσιοθεραπευτές, οι οποίοι θα εργαστούν στα αεροδρόμια Λάρνακας- Πάφου και στη Μονάδα Επιδημιολογικής Επιτήρησης και Ελέγχου των Λοιμωδών Νοσημάτων.

**Αναθέτουσα Αρχή είναι το Υπουργείο Υγείας**

Η περίοδος παροχής υπηρεσιών θα έχει **έναρξη από την ημερομηνία υπογραφής της σύμβασης με διάρκεια τρείς (3) μήνες και με δικαίωμα ανανέωσης εάν υφίσταται ακόμη η ανάγκη.**

Η εκτίμηση κόστους του διαγωνισμού ανέρχεται στις **τριακόσιες δέκα πέντε χιλιάδες και πεντακόσια πενήντα (€315.550,00) Ευρώ.**

**Αναλυτικά:**

**Χίλια διακόσα εννέα (€1.209,00) ευρώ** μέγιστο μηνιαίο εισόδημα ανά Νοσηλευτή ή Υγειονομικό Λειτουργό ή Φυσιοθεραπευτήπου αντιστοιχεί σε **€8,06 ανά ώρα** απασχόλησης.

**Οι ενδιαφερόμενοι οι οποίοι θα υποβάλουν ενδιαφέρον θα κληθούν άμεσα για υπογραφή σχετικής Συμφωνίας – Σύμβασης, μεταξύ Αναδόχου και Αναθέτουσας Αρχής. Τα τέλη χαρτοσήμανσης της σύμβασης θα βαρύνουν αποκλειστικά τον Ανάδοχο.**

**Σημ.** Σε περίπτωση που υποβληθούν πέραν των 45 εκδηλώσεων ενδιαφέροντος, θα γίνει κλήρωση μεταξύ των υποψηφίων.

**Α. Απαραίτητες Προϋποθέσεις Συμμετοχής για Νοσηλευτές:**

1. Πτυχίο Νοσηλευτικής

**Να υποβληθεί αντίγραφο πτυχίου με την αίτηση εκδήλωσης ενδιαφέροντος.**

1. Εγγεγραμμένος Νοσηλευτής Γενικής Νοσηλευτικής ή Ψυχικής Υγείας στο Μητρώο Νοσηλευτών Κύπρου

 **Να υποβληθεί σχετικό πιστοποιητικό (αντίγραφο) με την αίτηση εκδήλωσης ενδιαφέροντος.**

1. Άδεια Ασκήσεως Επαγγέλματος στο ανάλογο σε ισχύ.

**Να υποβληθεί σχετικό πιστοποιητικό (αντίγραφο) με την αίτηση εκδήλωσης ενδιαφέροντος.**

**Β. Απαραίτητες Προϋποθέσεις Συμμετοχής για Υγειονομικούς Λειτουργούς:**

1. Πτυχίο τουλάχιστο σε ένα από τους ακόλουθους τομείς:

**Α.** Υγιεινή του Περιβάλλοντος

**Β.** Περιβαλλοντική Μηχανική

**Γ.** Υγειονομική Μηχανική

**Δ.** Τεχνολογία Τροφίμων

**Ε.** Βιολογία

**Να υποβληθεί αντίγραφο πτυχίου με την αίτηση εκδήλωσης ενδιαφέροντος.**

**Γ. Απαραίτητες Προϋποθέσεις Συμμετοχής για Φυσιοθεραπευτές:**

 **1.** Πτυχίο Φυσιοθεραπείας

**Να υποβληθεί αντίγραφο πτυχίου με την αίτηση εκδήλωσης ενδιαφέροντος**.

**Γ. Ειδικοί Όροι - Καθηκοντολόγιο**

1. Ο Ανάδοχος υποχρεούται να παρευρίσκεται στο χώρο που θα του υποδειχθεί από την Αναθέτουσα Αρχή (αεροδρόμιο Λάρνακας – Πάφου, Μονάδα Επιδημιολογικής Επιτήρησης και Ελέγχου των Λοιμωδών Νοσημάτων), το μέγιστο έξι (6) ημέρες την εβδομάδα, συμπεριλαμβανομένου και Κυριακής, με μέγιστο αριθμό 150 ώρες το μήνα, σύμφωνα με τις εκάστοτε ανάγκες και τις οδηγίες του συντονιστή της Σύμβασης.
2. Η Πληρωμή του Αναδόχου θα γίνεται με ωριαία αποζημίωση ανάλογα με το σύνολο των ωρών που εργάστηκε ανά συμβατικό μήνα.
3. Στα καθήκοντα του Αναδόχου είναι:

**α)** χειρισμός των θερμοκαμερών, έλεγχος Covid-19 test

**β)** κάλυψη των αναγκών ιχνηλάτισης της Μονάδας Επιδημιολογικής Επιτήρησης και Ελέγχου των Λοιμωδών Νοσημάτων

**Δ. Διαδικασία Πληρωμής**

1. Με την ανάθεση της Σύμβασης, ο Ανάδοχος γνωστοποιεί γραπτώς στην Αναθέτουσα Αρχή τον τραπεζικό λογαριασμό στον οποίο επιθυμεί να καταβάλλονται οι πληρωμές της συμβατικής αξίας **(Έντυπο 2**, μαζί με τραπεζική βεβαίωση IBAN).
2. Οι πληρωμές θα καταβάλλονται σε Ευρώ, έναντι τιμολογίου.
3. Ο Ανάδοχος με το τέλος κάθε «συμβατικού» μήνα θα πρέπει να αποστέλλει στην Αρμόδια Αρχή του Υπουργείου Υγείας, **πρωτότυπο τιμολόγιο** υπογεγραμμένο από τον ίδιο και από τον συντονιστή της σύμβασης, στο όνομα **«Λογιστήριο Υπουργείου Υγείας»** υπόψη κας Γιώτας Ηρακλέους, Λειτουργός Προσφορών, **το οποίο θα συνοδεύεται από παρουσιολόγιο** **(Έντυπο 3)** (το παρουσιολόγιο θα παρέχεται στον Ανάδοχο και θα συμπληρώνεται στον εκάστοτε χώρο απασχόλησης του τόσο από τον ίδιο τον Ανάδοχο όσο και από τον εκάστοτε υπεύθυνο στο χώρο απασχόλησης του).

**Ε. Συντονιστής των Συμβάσεων** εκ μέρους της Αναθέτουσας Αρχής θα είναι **η κα. Έλενα Γαβριήλ,** Νοσηλευτικός Λειτουργός, Υπουργείο Υγείας.Ο Υπεύθυνος Συντονιστής έχει ως ευθύνη την παρακολούθηση και το χειρισμό της Σύμβασης στα πλαίσια των προνοιών της.

**ΣΤ. Τρόπος Υποβολής Εκδήλωσης Ενδιαφέροντος**

**Ως εκ των πιο πάνω, παρακαλώ όπως μας αποστείλετε την εκδήλωση ενδιαφέροντος σας συμπληρώνοντας και υποβάλλοντας το Έντυπο 1 και όλα όσα απαιτούνται σύμφωνα με τα έγγραφα του διαγωνισμού, το αργότερο μέχρι την Πέμπτη 06/08/2020 στις 11:00 π.μ. ως ακολούθως:**

* **είτε σε κλειστό φάκελο στο Αρχείο της Διεύθυνσης Αγορών και Προμηθειών** **του Υπουργείου Υγείας, στο Γιώρκειο, Προδρόμου 1 και Χείλωνος 17, Άγιος Ανδρέας, 1448 Λευκωσία στον 2ο Όροφο,**
* **είτε μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου στην ηλεκτρονική διεύθυνση** **pheracleous@ns.moh.gov.cy****,**
* **είτε με τηλεομοιότυπο στο 22605488.**

 Γιώτα Ηρακλέους

Λειτουργός Προσφορών

Υπουργείο Υγείας

***ΕΝΤΥΠΟ 1***

***ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ***

***Προς: Υπουργείο Υγείας, Διεύθυνση Αγορών και Προμηθειών***

***Θέμα: Διαγωνισμός για την Αγορά Υπηρεσιών Νοσηλευτών ή/και Υγειονομικών Λειτουργών ή/και φυσιοθεραπευτών για τη διαχείριση των θερμοκαμερών που θα χρησιμοποιηθεί για τους ταξιδιώτες προς Κύπρο στα αεροδρόμια Λάρνακας- Πάφου και για κάλυψη των αναγκών ιχνηλάτισης της Μονάδας Επιδημιολογικής Επιτήρησης και Ελέγχου των Λοιμωδών Νοσημάτων***

*1. Αφού μελετήσαμε τα έγγραφα του διαγωνισμού, και αφού έχουμε αποκτήσει πλήρη αντίληψη του Αντικειμένου της Σύμβασης, εμείς οι υποφαινόμενοι, αναλαμβάνουμε να αρχίσουμε, εκτελέσουμε και συμπληρώσουμε το Αντικείμενο της Σύμβασης, σύμφωνα με τους όρους και το περιεχόμενο των εγγράφων του διαγωνισμού και στην τιμή που αναγράφεται σε αυτά.*

*2. Αν η αίτηση μας γίνει αποδεκτή, αναλαμβάνουμε να αρχίσουμε την εκτέλεση των Υπηρεσιών από την ημερομηνία υπογραφής που θα αναγράφεται στη Συμφωνία.*

*3. Συμφωνούμε πως η αίτηση μας αυτή θα ισχύει για περίοδο ίση με αυτή που αναφέρεται στα έγγραφα του διαγωνισμού, θα μας δεσμεύει και θα μπορεί να γίνει αποδεκτή ανά πάσα στιγμή πριν τη λήξη της περιόδου αυτής.*

|  |  |
| --- | --- |
| *Υπογραφή Προσφέροντος ή Εκπροσώπου του* | *..........................................................................* |
| *Όνομα υπογράφοντος* | *..........................................................................* |
| *Αρ. Δελτίου Ταυτότητας/Διαβατηρίου υπογράφοντος* | *..........................................................................* |
| *Ιδιότητα υπογράφοντος* | *..........................................................................* |

|  |  |
| --- | --- |
| *Στοιχεία Προσφέροντος1* |  |
| *Όνομα Προσφέροντος* | *......................................................................* |
| *Χώρα εγκατάστασης* | *......................................................................* |
| *Διεύθυνση...........................................* | *Ταχ.Κιβ. ............................................................* |
| *Διεύθυνση επικοινωνίας (εάν είναι διαφορετική)* | *..........................................................................* |
| *Ταχ. Κιβ.*  | *...........................................................* |
| *Τηλέφωνο επικοινωνίας.....................................* | *Τέλεφαξ επικοινωνίας........................................* |
| *Αρ. Μητρώου Φ.Π.Α.*  | *...........................................................................* |
| *(χώρα εγγραφής στο Μητρώο ΦΠΑ)* | *...........................................................................* |
| *Ημερομηνία* | *...........................................................................* |

*Μάρτυρας (΄Ονομα, Υπογραφή και Διεύθυνση)*

*..............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................*

*Σημείωση 1: Σε περίπτωση κοινοπραξίας φυσικών και/ή νομικών προσώπων να αναφερθούν τα στοιχεία για την κοινοπραξία και τα στοιχεία κάθε μέλους της κοινοπραξίας.*

*Σημείωση 2: Όλα τα κενά να συμπληρωθούν από τον Προσφέροντα ή τον Εκπρόσωπό του*

**ΕΝΤΥΠΟ 2**

**ΓΕΝΙΚΟ ΛΟΓΙΣΤΗ**

**ΤΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ**

 **1441 - ΛΕΥΚΩΣΙΑ**

**Ε Ξ Ο Υ Σ Ι Ο Δ Ο Τ Η Σ Η**

Εγώ/ Εμείς ο/η/οι κάτωθι υποφαινόμενος/η/οι με την παρούσα σας **εξουσιοδοτώ/ούμε** όπως στο εξής καταβάλλετε με έμβασμα ηλεκτρονικά στο τραπεζικό μου/μας λογαριασμό, οποιαδήποτε ποσά καθίστανται πληρωτέα προς εμένα/εμάς από οποιαδήποτε Κυβερνητική Υπηρεσία μέσω του **Ολοκληρωμένου Συστήματος Διοικητικής και Οικονομικής Πληροφόρησης του Γενικού Λογιστηρίου (FIMAS).**

Για το σκοπό αυτό παραθέτω/ουμε πιο κάτω τα ελάχιστα απαραίτητα στοιχεία **του Τραπεζικού μου/μας λογαριασμού που τηρείται σε Ευρώ.** Επιπρόσθετα επισυνάπτω φωτοαντίγραφο μέρους της κατάστασης του τραπεζικού μου λογαριασμού (στο οποίο δεν φαίνονται οποιεσδήποτε συναλλαγές) όπου παρουσιάζονται **μόνο** το όνομα της Τράπεζας, ο κάτοχος/δικαιούχος του λογαριασμού, ο κωδικός και το όνομα του υποκαταστήματος (όπου εφαρμόζεται) και ο διεθνής αριθμός του λογαριασμού μου /μας **(ΙΒΑΝ – International Bank Account Number)**.

Η παρούσα εξουσιοδότηση ισχύει μέχρι νεότερης γραπτής ειδοποίησης από εμένα/εμάς.

|  |  |
| --- | --- |
| **ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ / ΟΝΟΜΑ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ**(Κατόχου του Λογαριασμού) |  |
| **ΑΡΙΘΜΟΣ ΤΗΛΕΦΩΝΟΥ** |  |
| **ΑΡΙΘΜΟΣ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ** (για Φυσικά Πρόσωπα) |  |
| **ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΓΓΡΑΦΗΣ** (για Εταιρείες) |  |
| **ΤΑΧΥΔΡΟΜΙΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ**(Οδός και αριθμός ή Ταχυδρομική Θυρίδα) |  |
| **ΤΑΧΥΔΡΟΜΙΚΟΣ ΚΩΔΙΚΑΣ** |  |
| **ΠΟΛΗ / ΧΩΡΙΟ** |  |
| **ΟΝΟΜΑ ΤΡΑΠΕΖΑΣ / ΣΥΝΕΡΓΑΤΙΚΟΥ ΙΔΡΥΜΑΤΟΣ** |  |
| **ΚΩΔΙΚΟΣ & ΟΝΟΜΑ ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΗΜΑΤΟΣ ΤΡΑΠΕΖΑΣ / ΣΥΝΕΡΓΑΤΙΚΟΥ ΙΔΡΥΜΑΤΟΣ** |  |
| **ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΗΜΑΤΟΣ ΤΡΑΠΕΖΑΣ / ΣΥΝΕΡΓΑΤΙΚΟΥ ΙΔΡΥΜΑΤΟΣ** |  |

**ΑΡΙΘΜΟΣ ΤΡΑΠΕΖΙΚΟΥ ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΟΥ (ΙΒΑΝ)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **C** | **Y** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Υπογραφή Εξουσιοδοτούντος Όνομα Εξουσιοδοτούντος

Ημερομηνία:\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/20\_\_\_\_ (σε περίπτωση νομικής οντότητας)

**(Εάν είναι εταιρεία ή μη φυσικό πρόσωπο η εξουσιοδότηση αυτή να σφραγισθεί στο μέρος δίπλα από το όνομα του εξουσιοδοτούντος με την σφραγίδα της εταιρείας)**

**ΕΝΤΥΠΟ 3**

**ΑΝΑΦΟΡΑ ΔΙΕΚΠΕΡΑΙΩΣΗς ΕΡΓΑΣΙΑς**

ΔΕΛΤΙΟ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗΣ ΧΡΟΝΟΥ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΑΝΑ ΜΗΝΑ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ: ……………………………………………………………..………… AΔΤ: …………………

ΜΗΝΑΣ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ: …………..………………… ΧΩΡΟΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ:…………………….. ΣΥΝΟΛΟ ΩΡΩΝ:…..…………

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Α/Α | ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ | ΩΡΑΠΡΟΣΕΛΕΥΣΗΣ | ΩΡΑΑΠΟΧΩΡΗΣΗΣ | ΣΥΝΟΛΟ ΩΡΩΝ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ | ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΕΡΓΑΣΙΑΣ | ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΑΝΑΔΟΧΟΥ |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΗ ΣΥΜΒΑΣΗΣ: ………………………………………………..

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Α/Α | ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ | ΩΡΑΠΡΟΣΕΛΕΥΣΗΣ | ΩΡΑΑΠΟΧΩΡΗΣΗΣ | ΣΥΝΟΛΟ ΩΡΩΝ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ | ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΕΡΓΑΣΙΑΣ | ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΑΝΑΔΟΧΟΥ |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΗ ΣΥΜΒΑΣΗΣ: ………………………………………………..

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Α/Α | ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ | ΩΡΑΠΡΟΣΕΛΕΥΣΗΣ | ΩΡΑΑΠΟΧΩΡΗΣΗΣ | ΣΥΝΟΛΟ ΩΡΩΝ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ | ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΕΡΓΑΣΙΑΣ | ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΑΝΑΔΟΧΟΥ |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΗ ΣΥΜΒΑΣΗΣ: ………………………………………………..

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Α/Α | ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ | ΩΡΑΠΡΟΣΕΛΕΥΣΗΣ | ΩΡΑΑΠΟΧΩΡΗΣΗΣ | ΣΥΝΟΛΟ ΩΡΩΝ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ | ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΕΡΓΑΣΙΑΣ | ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΑΝΑΔΟΧΟΥ |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΗ ΣΥΜΒΑΣΗΣ: ………………………………………………..