

|  |
| --- |
| ΚΥΠΡΙΑΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ  ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΑΓΟΡΩΝ ΚΑΙ ΠΡΟΜΗΘΕΙΩΝ |

|  |  |
| --- | --- |
| Αρ. Φακ. Υ.Υ.13.25.003.001.1231 |  |
| Αρ. Προσφοράς: Σ.Υ 5/21 |  |
| Αρ. Τηλ.: 22605395 |  |
| Αρ. Φαξ: 22605488 |  |

Λευκωσία, 02 Φεβρουαρίου 2021

**Θέμα:**

# ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η Διεύθυνση Αγορών και Προμηθειών του Υπουργείου Υγείας, προκηρύσσει Διαγωνισμό για Αγορά υπηρεσιών από Φοιτητές ή/και Πτυχιούχους για την παροχή υποστηρικτικών υπηρεσιών προσωρινής διάρκειας για τις ανάγκες των Κέντρων Εμβολιασμού για Covid – 19 Παγκύπρια.

Οι προσφοροδότες/ενδιαφερόμενοι έχουν το δικαίωμα να επιλέξουν **προτίμηση** για την επαρχία για την οποία ενδιαφέρονται να παρέχουν τις υπηρεσίες τους **στο Έντυπο 1, σημείο Δ**.

Η εκτίμηση κόστους του διαγωνισμού ανέρχεται στις **διακόσιες πενήντα πέντε χιλιάδες και πεντακόσια είκοσι οκτώ (€255,528) Ευρώ.**

**Αναλυτικά:**

Η αποζημίωση των Φοιτητών/Πτυχιούχων για την απασχόληση στα Κέντρα Εμβολιασμού αντιστοιχεί σε **€6,5 ανά ώρα** απασχόλησης.

**Οι ενδιαφερόμενοι οι οποίοι θα υποβάλουν ενδιαφέρον θα κληθούν για υπογραφή σχετικής Συμφωνίας – Σύμβασης, μεταξύ Αναδόχου και Αναθέτουσας Αρχής, σύμφωνα με τις εκάστοτε ανάγκες της Αναθέτουσας Αρχής οι οποίες αφορούν ενδεικτικά περίοδο έξι μέχρι εννέα μηνών από το Φεβρουάριο του 2021. Τα τέλη χαρτοσήμανσης της σύμβασης θα βαρύνουν αποκλειστικά τον Ανάδοχο.**

Σε περίπτωση που υποβληθούν πέραν των απαιτούμενων εκδηλώσεων ενδιαφέροντος, θα γίνει κλήρωση μεταξύ των υποψηφίων.

# ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΟΥ ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΟΥ ΤΗΣ ΣΥΜΒΑΣΗΣ

Με την παρούσα Σύμβαση, ο Ανάδοχος αναλαμβάνει να παρέχει υποστηρικτικές υπηρεσίες προσωρινής διάρκειας στα Κέντρα Εμβολιασμού Λατσιών, Λακατάμειας, Παλαιό Νοσοκομείο Λευκωσίας, Έγκωμης, Παλιό Νοσοκομείο Λάρνακας, Νοσοκομείο Αμμοχώστου, Παλαιό Νοσοκομείο Λεμεσού, Λινόπετρας, Νοσοκομείο Πάφου, Νοσοκομείο Τροόδους, Νοσοκομείο Πόλις Χρυσοχούς και για 5 Αίθουσες Μαζικού Εμβολιασμού σε κάθε Επαρχία.

**Ανάλυση Δραστηριοτήτων :**

Ο Διαγωνισμός στοχεύει στη σύναψη συμβάσεων με διάρκεια τρείς (3) μήνες με έναρξη από την ημερομηνία υπογραφής σύμβασης με δικαίωμα ανανέωσης για ακόμη τρείς (3) μήνες όπως ήθελε καθορίσει η Αναθέτουσα Αρχή σύμφωνα με τις εκάστοτε ανάγκες στους οικονομικούς φορείς που θα επιτύχουν στη βάση των οποίων θα παρέχουν στην Αναθέτουσα Αρχή τις ζητούμενες υπηρεσίες όπως περιγράφονται πιο κάτω και θα είναι υπόλογοι στον Υπεύθυνο Συντονιστή της Σύμβασης.

**Αρ. Θέσεων: Μέχρι Τριάντα έξι (36) ανάλογα με τις εκάστοτε ανάγκες και όπως ήθελε καθορίσει η Αναθέτουσα Αρχή**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Κέντρο Εμβολιασμού | Αρ. Ατόμων | Επαρχία Λευκωσίας | Επαρχία Λεμεσού | Επαρχία Λάρνακας | Επαρχία Πάφου | Επαρχία Αμμοχώστου |
| Λατσιά | 3 | 3 |  |  |  |  |
| Λακατάμεια | 2 | 2 |  |  |  |  |
| Παλαιό Νοσοκομείο Λευκωσίας | 1 | 1 |  |  |  |  |
| Έγκωμη | 1 | 1 |  |  |  |  |
| Παλιό Νοσοκομείο Λάρνακας | 3 |  |  | 3 |  |  |
| Νοσοκομείο Αμμοχώστου | 1 |  |  |  |  | 1 |
| Παλαιό Νοσοκομείο Λεμεσού | 2 |  | 2 |  |  |  |
| Λινόπετρας | 2 | 2 |  |  |  |  |
| Νοσοκομείο Πάφου | 2 |  |  |  | 2 |  |
| Νοσοκομείο Τροόδους | 1 |  | 1 |  |  |  |
| Νοσοκομείο Πόλις Χρυσοχούς | 1 |  |  |  | 1 |  |
| Για 5 Αίθουσες Μαζικού Εμβολιασμού σε κάθε Επαρχία | 17 | 5 | 5 | 3 | 2 | 2 |
| **ΣΥΝΟΛΟ** | **36** | **14** | **8** | **6** | **5** | **3** |

**2Α. Παρεχόμενες Υπηρεσίες**

Περιγραφή του υποστηρικτικών υπηρεσιών

Οι συμμετέχοντες θα εκπαιδευτούν ώστε να παρέχουν υποστηρικτικές υπηρεσίες στους πιο κάτω τομείς οι οποίοι ενδεικτικά και όχι περιοριστικά θα είναι οι ακόλουθοι:

α) Χειρισμός λογισμικού για τους εμβολιασμούς. Καταχωρεί στο λογισμικό τα στοιχεία του ατόμου που προσέρχεται για εμβολιασμό.

β) Συμπλήρωση κάρτας εμβολιασμού.

γ) Δίνεται το ραντεβού για τη 2η δόση.

δ) Τήρηση στατιστικών στοιχείων σχετικά με τους εμβολιασμούς.

ε) Αποστολή email/τηλεφωνική επικοινωνία εάν χρειαστεί.

στ) Οποιαδήποτε άλλα καθήκοντα του ανατεθούν για την εύρυθμη λειτουργία του κέντρου (π.χ. συντονισμό ραντεβού για εμβολιασμό, να δίνει αριθμό σειράς αναμονής, καθοδήγηση του ατόμου για το σημείο εμβολιασμού, απάντηση τηλεφωνικών γραμμών κ.α).

Τα άτομα πρέπει να έχουν γνώσεις Ηλεκτρονικού Υπολογιστή (word, excel, email)

**2Β. Τόπος και τρόπος Εκτέλεσης του Αντικειμένου της Σύμβασης:**

Τα Κέντρα Εμβολιασμού Λατσιών, Λακατάμειας, Παλαιό Νοσοκομείο Λευκωσίας, Έγκωμης, Παλιό Νοσοκομείο Λάρνακας, Νοσοκομείο Αμμοχώστου, Παλαιό Νοσοκομείο Λεμεσού, Λινόπετρας, Νοσοκομείο Πάφου, Νοσοκομείο Τροόδους, Νοσοκομείο Πόλις Χρυσοχούς και για 5 Αίθουσες Μαζικού Εμβολιασμού σε κάθε Επαρχία.

Οι εργασίες θα διεξάγονται καθημερινά με βάση προκαθορισμένο πρόγραμμα εργασιών ανάλογα με τις εκάστοτε ανάγκες όπως ήθελε καθορίσει η Αναθέτουσα Αρχή και ενδεικτικά μεταξύ των ωρών **8:00 μέχρι 20:00,** διαιρούμενες σε δύο περιόδους των **έξι (6) ωρών**. Ο συντονιστής της σύμβασης δύναται να προσαρμόσει την απασχόληση των αναδόχων ανάλογα με τις ανάγκες με ελάχιστη απασχόληση ανά ανάδοχο διάρκειας από τέσσερεις (4) και μέγιστη οκτώ (8) ώρες την ήμερα. Κάθε ανάδοχος θα συνεργάζεται με τον Συντονιστή της Σύμβασης όσον αφορά στον προγραμματισμό των ωρών και το αντικείμενο των παρεχόμενων υπηρεσιών του.

**Αναθέτουσα Αρχή:** Ιατρικές Υπηρεσίες και Υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας

**2Γ. Έναρξη και Διάρκεια εκτέλεσης του αντικειμένου της Σύβασης**

Η διάρκεια κάθε σύμβασης θα είναι τρείς (3) μήνες με έναρξη από την ημερομηνία υπογραφής σύμβασης με δικαίωμα ανανέωσης για ακόμη τρείς (3) μήνες όπως ήθελε καθορίσει η αναθέτουσα αρχή σύμφωνα με τις εκάστοτε ανάγκες.

Νοείτε ότι η τρίμηνη περίοδος παροχής υπηρεσιών ανά σύμβαση θα καθοριστεί όπως ήθελε η Αναθέτουσα Αρχή εντός της ενδεικτικής περιόδου των εννέα μηνών από το Φεβρουάριο του 2021. Σε περίπτωση ετεροχρονισμένων αναγκών της αναθέτουσας αρχής η χρονική κατανομή των θέσεων θα γίνει με βάση αρχαιότητας όπως καθορίζεται από την ημερομηνία γέννησης του αναδόχου.

# Το Υπουργείο Υγείας διατηρεί το δικαίωμα

* **να συμπληρώνει ή/και να τροποποιεί τους όρους και πρόνοιες των συμβάσεων ανά ανάδοχο ή/και**
* **να τερματίσει τις συμβάσεις ή/και**
* **να μην προχωρήσει στη κατάρτιση σύμβασης,**

**όποτε το κρίνει σκόπιμο και σύμφωνα με τα εξής πιο κάτω:**

1. Όταν ο ανάδοχος αδυνατεί να συμμετέχει στο πρόγραμμα εργασιών που καθορίζεται από τον συντονιστή της σύμβασης.
2. Όταν διαπιστώνεται ότι δεν τηρούνται οι υποχρεώσεις του ανάδοχου σύμφωνα με τους όρους της σύμβασης.
3. Όταν δεν υφίσταται πλέον το αντικείμενο της σύμβασης όπως αυτό κρίνεται από την Αναθέτουσα Αρχή

# Προϋποθέσεις Συμμετοχής ΣΤΟ Διαγωνισμο

**4.1 Δικαιούμενοι Συμμετοχής:**

1. Φυσικά ή Νομικά πρόσωπα ή κοινοπραξίες φυσικών ή/και νομικών προσώπων τα οποία είναι εγκατεστημένα νόμιμα στην Κύπρο ή σε άλλο κράτος μέλος της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΕ) ή του Ευρωπαϊκού Οικονομικού Χώρου (ΕΟΧ) ή σε τρίτες χώρες που έχουν υπογράψει και κυρώσει τη Διεθνή Συμφωνία περί Δημοσίων Συμβάσεων (GPA) ή έχουν υπογράψει και κυρώσει συμφωνίες σύνδεσης ή διμερείς συμφωνίες με την Ε.Ε. ή με την Κυπριακή Δημοκρατία στον Τομέα των Δημοσίων Συμβάσεων και που αφορούν φοιτητές που κατέχουν την ιδιότητα Προπτυχιακού ή Μεταπτυχιακού φοιτητή ή Ασκούμενου Πτυχιούχου πανεπιστημιακού διπλώματος για εξασφάλιση επαγγελματικής ιδιότητας άμεσα σχετιζόμενης με το τίτλο σπουδών του.

**Για την πιστοποίηση του δικαιώματος συμμετοχής, θα πρέπει να υποβάλουν/επισυνάψουν με την προσφορά τους μαζί με το έντυπο 1 συμπληρωμένο και υπογεγραμμένο τα ακόλουθα:**

**α) Βεβαίωση τρέχουσας φοίτησης** για παρακολούθηση πτυχιακού ή μεταπτυχιακού τίτλου σπουδών **ή αντίγραφο πτυχίου**

## Δέσμευση μη Απόσυρσης της Προσφοράς

1. Στην περίπτωση που ο Προσφέρων:

(α) αποσύρει την προσφορά του ή μέρος της μετά την τελευταία ημερομηνία υποβολής των προσφορών και κατά τη διάρκεια της περιόδου ισχύος των προσφορών, ή

(β) έχει υποβάλει ψευδή δήλωση ή πλαστό πιστοποιητικό ή

(γ) έχει ειδοποιηθεί για την αποδοχή της προσφοράς του από την Αναθέτουσα Αρχή κατά την περίοδο ισχύος της προσφοράς, και έχοντας ειδοποιηθεί να προσέλθει για την υπογραφή της Σύμβασης:

(ι) έχει αρνηθεί ή παραλείψει να προσκομίσει εμπρόθεσμα οποιοδήποτε Πιστοποιητικό και/ή άλλο έγγραφο και/ή την Εγγύηση Πιστής Εκτέλεσης Συμβολαίου και/ή να εκπληρώσει οποιαδήποτε άλλη υποχρέωση που απορρέει από τη συμμετοχή του στο διαγωνισμό, ή

(ιι) έχει αρνηθεί ή παραλείψει να υπογράψει τη Σύμβαση,

**Δύναται να επιβληθούν οι πιο κάτω κυρώσεις:**

α. αποκλεισμό από του δικαιώματος ανάθεσης της Σύμβασης,

β. οι προβλεπόμενες από τον Νόμο και τους Κανονισμούς κυρώσεις αναφορικά με συμμετοχή σε μελλοντικούς διαγωνισμούς που οδηγούν σε ανάθεση δημόσιας σύμβασης.

2. **Επιπρόσθετα,** ο προσφέρων υποχρεούται να καταβάλει στην Αναθέτουσα Αρχή ως αποζημίωση ποσό ίσο με το 5% της τιμής της προσφοράς του ή του μέρους αυτής που έχει αποσυρθεί.

3. Η «Δέσμευση μη Απόσυρσης της Προσφοράς» πρέπει να συνταχθεί σύμφωνα με το Έντυπο 4.

# Ισχύς Προσφορών

1. Οι προσφορές ισχύουν και δεσμεύουν τους Προσφέροντες για χρονικό διάστημα όχι μικρότερο των **εννέα (9) μηνών**. Η ισχύς των προσφορών είναι δυνατό να παραταθεί, εφ’ όσον ζητηθεί από την Αναθέτουσα Αρχή.
2. Εάν προκύψει θέμα παράτασης της ισχύος των Προσφορών, η Αναθέτουσα Αρχή θα απευθυνθεί γραπτώς προς τους Προσφέροντες, πριν τη λήξη ισχύος των προσφορών, για το αν αποδέχονται την παράταση για συγκεκριμένο χρονικό διάστημα. Σε περίπτωση μη γραπτής αποδοχής, οι προσφορές τους απορρίπτονται ως απαράδεκτες.

# Ειδικοί Οροι – Καθηκοντολόγιο

Ο Ανάδοχος για τα Κέντρα Εμβολιασμού υποχρεούται να παρευρίσκεται στο χώρο που θα του υποδειχθεί από την Αναθέτουσα Αρχή (Λατσιών, Λακατάμειας, Παλαιό Νοσοκομείο Λευκωσίας, Έγκωμης, Παλιό Νοσοκομείο Λάρνακας, Νοσοκομείο Αμμοχώστου, Παλαιό Νοσοκομείο Λεμεσού, Λινόπετρας, Νοσοκομείο Πάφου, Νοσοκομείο Τροόδους, Νοσοκομείο Πόλις Χρυσοχούς και για 5 Αίθουσες Μαζικού Εμβολιασμού σε κάθε Επαρχία) του Υπουργείου Υγείας. Οι εργασίες θα διεξάγονται καθημερινά με βάση προκαθορισμένο πρόγραμμα εργασιών ανάλογα με τις εκάστοτε ανάγκες όπως ήθελε καθορίσει η Αναθέτουσα Αρχή και ενδεικτικά μεταξύ των ωρών **8:00 μέχρι 20:00,** διαιρούμενες σε δύο περιόδους των **έξι (6) ωρών**. Ο συντονιστής της σύμβασης δύναται να προσαρμόσει την απασχόληση των αναδόχων ανάλογα με τις ανάγκες με ελάχιστη απασχόληση ανά ανάδοχο διάρκειας από τέσσερεις (4) και μέγιστη οκτώ (8) ώρες την ήμερα. Κάθε ανάδοχος θα συνεργάζεται με τον Συντονιστή της Σύμβασης όσον αφορά στον προγραμματισμό των ωρών και το αντικείμενο των παρεχόμενων υπηρεσιών του.

Η Πληρωμή του Αναδόχου θα γίνεται με ωριαία αποζημίωση ανάλογα με το σύνολο των ωρών που εργάστηκε ανά συμβατικό μήνα.

# Διαδικασία Πληρωμής

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).

Οι πληρωμές θα καταβάλλονται σε Ευρώ, έναντι τιμολογίου.

Ο Ανάδοχος για τα Κέντρα Εμβολιασμού, με το τέλος κάθε «συμβατικού» μήνα θα πρέπει να αποστέλλει στο **Λογιστήριο των Ιατρικών Υπηρεσιών και Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας**, πρωτότυπο τιμολόγιο υπογεγραμμένο από τον ίδιο και από τον συντονιστή της σύμβασης, το οποίο θα συνοδεύεται από αντίγραφο του παρουσιολογίου.

Το παρουσιολόγιο θα παρέχεται από τον συντονιστή της σύμβασης για σκοπούς πληρωμής 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.

**Συντονιστές των Συμβάσεων για τους Αναδόχους/φοιτητές/πτυχιούχους για τα Κέντρα Εμβολιασμού** θα είναι για την:

* Επαρχία Λευκωσίας η κα. Νίκη Ευθυμίου, Τηλ: 22405259, email: he[althvisitorsnam@hotmail.com](mailto:althvisitorsnam@hotmail.com)
* Επαρχία Λάρνακας - Αμμοχώστου η κα. Γεωργία Χριστοδούλου, Τηλ: 24818046, email: [healthvisitorlarnaca@mphs.moh.gov.cy](mailto:healthvisitorlarnaca@mphs.moh.gov.cy)
* Επαρχία Λεμεσού – Πάφου η κα. Χριστίνα Μιχαηλίδου, Τηλ: 25829050, email:mvenizelou@mphs.moh.gov.cy

Ο Υπεύθυνος Συντονιστής έχει ως ευθύνη την παρακολούθηση και το χειρισμό μέρους της Αναθέτουσας Αρχής της Σύμβασης στα πλαίσια των προνοιών της.

# Σύνταξη και υποβολή Προσφοράς

1. Οι Προσφέροντες πρέπει να υποβάλουν τις προσφορές τους **το αργότερο μέχρι την Δευτέρα 08/02/2021 και ώρα 9:00πμ.**
2. Οι προσφορές πρέπει να περιλαμβάνουν **ενυπόγραφο και συμπληρωμένο το Έντυπο 1 και όλα όσα απαιτούνται σύμφωνα με τα έγγραφα του διαγωνισμού (βλέπε σημείο 4 του παρόντος)**.
3. Οι προσφορές υποβάλλονται,

**Σε κλειστό φάκελο στο Κιβώτιο Αριθμός Νο.1,**που βρίσκεται στην κεντρική είσοδο του Υπουργείου Υγείας, Προδρόμου 1 & Χείλωνος 17, 1448 & 1449 Λευκωσία, **μέχρι την Δευτέρα 08/02/2021 και ώρα 9:00πμ.**

Στον φάκελο ή περίβλημα κάθε Προσφοράς πρέπει να αναγράφονται ευκρινώς:

* Η λέξη **«ΠΡΟΣΦΟΡΑ»** με κεφαλαία γράμματα.
* Ο πλήρης τίτλος της Αναθέτουσας Αρχής.
* Ο αριθμός του διαγωνισμού.
* Ο τίτλος/θέμα του Διαγωνισμού.
* Η ημερομηνία λήξης της προθεσμίας υποβολής Προσφορών.
* Τα στοιχεία του αποστολέα.

1. Οι Προσφορές δεν πρέπει να φέρουν παράτυπες διορθώσεις (σβησίματα, διαγραφές, προσθήκες κλπ.). Αν υπάρχουν διορθώσεις, προσθήκες κλπ., θα πρέπει να είναι μονογραμμένες από τον Προσφέροντα ή τον Εξουσιοδοτημένο Εκπρόσωπό του.
2. Δεν λαμβάνονται υπόψη και θεωρούνται εκπρόθεσμες, προσφορές που υποβλήθηκαν μετά την καθορισμένη ημερομηνία και ώρα.
3. Οι Προσφέροντες δεν έχουν δικαίωμα να αποσύρουν την Προσφορά τους ή μέρος της μετά την τελευταία προθεσμία υποβολής των Προσφορών.

# Διαδικασία Διενέργειας Διαγωνισμού- Αξιολόγηση Προσφορών

Το Αρμόδιο Όργανο κρίνει ως έγκυρες για περαιτέρω αξιολόγηση τις προσφορές που έχουν ληφθεί εντός τις προαναφερόμενης προθεσμίας υποβολής προσφορών και πληρούν τις προϋποθέσεις συμμετοχής του διαγωνισμού και έχουν υποβάλει όλα τα έντυπα και δικαιολογητικά που απατούνται.

1. Με βάση την προτίμηση ανά επαρχία θα καταρτιστούν κατάλογοι των οικονομικών φορέων ανά επαρχία οι οποίοι θα διαβαθμιστούν περαιτέρω σε υποκαταλόγους πτυχιούχων και φοιτητών.
2. Προτεραιότητα θα δοθεί στους πτυχιούχους για την κάλυψη των ζητούμενων θέσεων
3. Σε περίπτωση που ο αριθμός των οικονομικών φορέων στον υποκατάλογο των πτυχιούχων για κάθε επαρχία, είναι μεγαλύτερος του αριθμού των ζητούμενων θέσεων θα διενεργηθεί κλήρωση στη βάσει της οποίας θα γίνει η κατακύρωση των θέσεων.
4. Σε περίπτωση που ο αριθμός των οικονομικών φορέων στον υποκατάλογο των πτυχιούχων για κάθε επαρχία, είναι μικρότερος του αριθμού των ζητούμενων θέσεων
   * θα διενεργηθεί κλήρωση μεταξύ των οικονομικών φορέων από το υποκατάλογο των φοιτητών σε περίπτωση που ο αριθμός των θέσεων που δεν έχουν καταληφθεί από πτυχιούχους εξακολουθεί να είναι μικρότερος των οικονομικών φορέων στον υποκατάλογο των φοιτητών ενώ
   * θα κατακυρωθούν οι υπόλοιπες θέσεις στους οικονομικούς φορείς από τον υποκατάλογο των φοιτητών αν ο αριθμός των θέσεων που δεν έχουν καταληφθεί από πτυχιούχους είναι ίσος ή μεγαλύτερος των οικονομικών φορέων του εν λόγω υποκαταλόγου.
5. Σε περίπτωση που ο αριθμός των έγκυρων προσφορών ανά ομάδα είναι πέραν του ζητούμενου αριθμού ατόμων η επιλογή θα γίνει με κλήρωση για τα άτομα της επηρεαζόμενης ομάδας.
6. Σε περίπτωση που ο αριθμός των προσφορών σε κάποια επαρχία υπολείπονται των ζητούμενων θέσεων της εν λόγω επαρχίας θα υπάρχει δυνατότητα κατά την αξιολόγηση να ζητηθούν διευκρινίσεις από οικονομικούς φορείς που δεν έχουν επιλεγεί βάσει της πιο πάνω διαδικασίας για άλλες επαρχίες κατά πόσον επιθυμούν να καλύψουν τις διαθέσιμες κενές θέσεις. Σε περίπτωση που οι ενδιαφερόμενοι είναι πέραν των εν λόγω αναγκών θα διενεργηθεί εκ νέου κλήρωση για πλήρωση των κενών θέσεων.

# Κατάρτιση και Υπογραφή Συμφωνίας

Ο Προσφέρων στον οποίο έχει ανατεθεί η Σύμβαση είναι υποχρεωμένος να προσέλθει, εντός της προθεσμίας που θα οριστεί στην Επιστολή Ανάθεσης που θα του αποσταλεί, για την υπογραφή της σχετικής Συμφωνίας.

Σε περίπτωση που δεν προσέλθει ο υποψήφιος ανάδοχος για υπογραφή εντός του χρονοδιαγράμματος, η Αναθέτουσα Αρχή έχει το δικαίωμα να παραπέμψει εκ νέου το θέμα στο Αρμόδιο Όργανο για ανάθεση της Σύμβασης στον επόμενο Προσφέροντα, σύμφωνα με την οριστική κατάταξη του αρμόδιου οργάνου αξιολόγησης . Νοείται ότι οι προσφορές θα πρέπει να είναι σε ισχύ κατά την ανάθεση.

Ο Προσφέρων στον οποίο έχει ανατεθεί η Σύμβαση είναι υποχρεωμένος να προσέλθει για την υπογραφή της Συμφωνίας προσκομίζοντας τα ακόλουθα:

1. Αντίγραφο πολιτικής ταυτότητας
2. Το Έντυπο 2 συμπληρωμένο και υπογεγραμμένο μαζί με σχετική βεβαίωση IBAN της τράπεζας.

**ΕΝΤΥΠΟ 1**

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

**Θέμα: Διαγωνισμός για την αγορά υποστηρικτικών υπηρεσιών από Φοιτητές ή/και Πτυχιούχους για τις ανάγκες των Κέντρων Εμβολιασμού για Covid - 19**

**Σ.Υ 5/21**

**Σημειώσεις**

**1. Να συμπληρωθεί από τον αιτητή / την αιτήτρια.**

**2. Η αίτηση/προσφορά πρέπει να συνοδεύεται με τα απαιτούμενα δικαιολογητικά/βεβαιώσεις που καταγράφονται στα έγγραφα του διαγωνισμού**

*1. Αφούμελετήσαμε τα έγγραφα του διαγωνισμού, και αφούέχουμε αποκτήσει πλήρη αντίληψητου Αντικειμένου της Σύμβασης, εμείςοι υποφαινόμενοι, αναλαμβάνουμε να αρχίσουμε, εκτελέσουμε και συμπληρώσουμε το Αντικείμενο της Σύμβασης, σύμφωνα μετους όρους και το περιεχόμενο των εγγράφων του διαγωνισμού και στηντιμή που αναγράφεται σε αυτά.*

*2. Αν η αίτηση μας γίνει αποδεκτή, αναλαμβάνουμε να αρχίσουμετηνεκτέλεσητων Υπηρεσιώναπό τηνημερομηνία έναρξης που θα οριστεί από την Αναθέτουσα Αρχή και που θα αναγράφεται στη Συμφωνία.*

*3. Συμφωνούμε πως η αίτηση μας αυτή θα ισχύειγια περίοδοίσημε αυτή που αναφέρεται στα έγγραφα του διαγωνισμού, θα μας δεσμεύει και θα μπορεί να γίνει αποδεκτή ανά πάσα στιγμή πριντηλήξητης περιόδου αυτής.*

**Α. ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ**

*[Συμπληρώστε κατάλληλα (με κεφαλαία γράμματα ή αριθμούς) τα ατομικά σας στοιχεία]*

ΕΠΩΝΥΜΟ: ……………………………………………….ΟΝΟΜΑ: ……………………………………

ΑΡΙΘΜΟΣ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ: ……………………. ΗΜ/ΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ:……………………………..

**Β. ΔΙΕΥΘΥΣΗ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ**

*[Συμπληρώστε κατάλληλα (με κεφαλαία γράμματα ή αριθμούς)]*

ΟΔΟΣ ΚΑΙ ΑΡΙΘΜΟΣ:………………………………………………………………….

ΤΑΧ. ΚΩΔΙΚΑΣ: …………

ΗΛ.ΤΑΧΥΔΡΟΜΕΙΟ: …………………………………………………………

**Γ. ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ**

*[Συμπληρώστε κατάλληλα]*

ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΟΙΚΙΑΣ: …………………..ΚΙΝΗΤΟ ΤΗΛΕΦΩΝΟ: ………………………

**Δ. ΠΙΝΑΚΑΣ ΕΠΙΛΟΓΗΣ ΕΠΑΡΧΙΑΣ ΚΑΙ ΠΕΡΙΌΔΟΥ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ΕΠΙΛΟΓΗ**  **Να σημειωθεί με** √  **μία τουλάχιστο επιλογή** | Επαρχία Λευκωσίας | Επαρχία Λεμεσού | Επαρχία Λάρνακας | Επαρχία Πάφου | Επαρχία Αμμοχώστου |
| **ΣΥΝΟΛΟ** |  |  |  |  |  |

**Ε. ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΑΙΤΟΥΜΕΝΟΥ (**Να σημειωθεί με √ )

……. Φοιτητής

……. Κάτοχος Πτυχιακού ή και Μεταπτυχιακού τίτλου Σπουδών

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

*Σημείωση 1: Όλα τα κενά να συμπληρωθούν από τον Προσφέροντα ή Εξουσιοδοτημένο Εκπρόσωπό του*

*Σημείωση 2: Η διάρκεια κάθε σύμβασης θα είναι τρείς (3) μήνες με έναρξη από την ημερομηνία υπογραφής σύμβασης με δικαίωμα ανανέωσης για ακόμη τρείς (3) μήνες όπως ήθελε καθορίσει η αναθέτουσα αρχή σύμφωνα με τις εκάστοτε ανάγκες.*

*Σημείωση 3: Νοείτε ότι η τρίμηνη περίοδος παροχής υπηρεσιών ανά σύμβαση θα καθοριστεί όπως ήθελε η Αναθέτουσα Αρχή εντός της ενδεικτικής περιόδου των εννέα μηνών από το Φεβρουάριο του 2021. Σε περίπτωση ετεροχρονισμένων αναγκών της αναθέτουσας αρχής η χρονική κατανομή των θέσεων θα γίνει με βάση αρχαιότητας όπως καθορίζεται από την ημερομηνία γέννησης του αναδόχου.*

**ΕΝΤΥΠΟ 2**

**ΓΕΝΙΚΟ ΛΟΓΙΣΤΗ**

**ΤΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ**

**1441 - ΛΕΥΚΩΣΙΑ**

**Ε Ξ Ο Υ Σ Ι Ο Δ Ο Τ Η Σ Η ΓΙΑ ΠΛΗΡΩΜΕΣ ΑΠΟ ΤΟ FIMAS**

Εγώ/ Εμείς ο/η/οι κάτωθι υπογράφων/τες με την παρούσα, σας **εξουσιοδοτώ/ούμε** όπως στο εξής, καταβάλλετε με έμβασμα ηλεκτρονικά, στον πιο κάτω τραπεζικό 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 λογαριασμού που τηρείται σε Ευρώ.** Επιπρόσθετα επισυνάπτω, φωτοαντίγραφο μέρους της κατάστασης του τραπεζικού μου λογαριασμού/βεβαίωσηαπό την Τράπεζα, όπου παρουσιάζονται το όνομα της Τράπεζας, ο κάτοχος/δικαιούχος του λογαριασμού και ο διεθνής αριθμός του λογαριασμού μου /μας **(ΙΒΑΝ – InternationalBankAccountNumber)**.

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

|  |  |
| --- | --- |
| **ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ / ΟΝΟΜΑ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ** |  |
| **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** |  |

**ΑΡΙΘΜΟΣ ΤΡΑΠΕΖΙΚΟΥ ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΟΥ (ΙΒΑΝ)**

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

Σημείωση: Ο αριθμός λογαριασμού (IBAN) πρέπει να ανήκει στο όνομα του δικαιούχου που θα πληρωθεί. Αποδεκτός λογαριασμός γίνεται και στην περίπτωση που ο δικαιούχος, κατέχει κοινό λογαριασμό με άλλο πρόσωπο, νοουμένου ότι, στο φωτοαντίγραφο της κατάστασης του τραπεζικού λογαριασμού ή της βεβαίωσης από την τράπεζα που θα επισυναφθεί στην παρούσα εξουσιοδότηση, θα φαίνεται και το όνομα του δικαιούχου που θα πληρωθεί.

Σε περίπτωση που ο δικαιούχος δεν είναι φυσικό πρόσωπο, τότε απαραίτητα ο λογαριασμός θα πρέπει να ανήκει στο ίδιο το νομικό πρόσωπο που θα πληρωθεί.

(Σφραγίδα)

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

Υπογραφή Εξουσιοδοτούντος Όνομα Εξουσιοδοτούντος (σε περίπτωση νομικής οντότητας)

Ημερομηνία:\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/20\_\_\_\_

**(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/οντότητας)**

**ΕΝΤΥΠΟ 3**

**ΑΝΑΦΟΡΑ ΔΙΕΚΠΕΡΑΙΩΣΗς ΕΡΓΑΣΙΑς**

ΔΕΛΤΙΟ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗΣ ΧΡΟΝΟΥ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΑΝΑ ΜΗΝΑ

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

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

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Α/Α | ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ | ΩΡΑ  ΠΡΟΣΕΛΕΥΣΗΣ | ΩΡΑ  ΑΠΟΧΩΡΗΣΗΣ | ΣΥΝΟΛΟ ΩΡΩΝ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ | ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΕΡΓΑΣΙΑΣ | ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΑΝΑΔΟΧΟΥ |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

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

**ΕΝΤΥΠΟ 4**

**ΔΕΣΜΕΥΣΗ ΜΗ ΑΠΟΣΥΡΣΗΣ ΤΗΣ ΠΡΟΣΦΟΡΑΣ**

**Διαγωνισμός αρ.** --------------------------

1. Αναφερόμαστε στην προσφορά που έχουμε υποβάλει για \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, η οποία ισχύει για την περίοδο που καθορίζεται στα έγγραφα του διαγωνισμού και την οποία, σύμφωνα με τους όρους του διαγωνισμού, οι προσφέροντες δεν έχουν δικαίωμα να αποσύρουν.
2. Γνωρίζουμε ότι με βάση τους όρους των εγγράφων του διαγωνισμού σε περίπτωση που:

(α) αποσύρουμε την προσφορά μας ή μέρος της μετά την τελευταία ημερομηνία υποβολής των προσφορών και κατά τη διάρκεια της περιόδου ισχύος των προσφορών, ή

(β) έχει διαπιστωθεί ότι έχουμε υποβάλει οποιαδήποτε ψευδή δήλωση ή πλαστό πιστοποιητικό ή

(γ) έχοντας ειδοποιηθεί για την αποδοχή της Προσφοράς μας από την Αναθέτουσα Αρχή κατά την περίοδο ισχύος της Προσφοράς, και έχοντας ειδοποιηθεί να προσέλθουμε για την υπογραφή της Σύμβασης:

(ι) έχουμε αρνηθεί ή παραλείψει να προσκομίσουμε εμπρόθεσμα οποιοδήποτε Πιστοποιητικό και/ή άλλο έγγραφο και/ή την Εγγύηση Πιστής Εκτέλεσης Συμβολαίου και/ή να εκπληρώσει οποιαδήποτε άλλη υποχρέωση που απορρέει από τη συμμετοχή μας στο διαγωνισμό, ή

(ιι) έχουμε αρνηθεί ή παραλείψει να υπογράψουμε τη Σύμβαση,

**είναι δυνατό να μας επιβληθούν οι πιο κάτω κυρώσεις:**

α. αποκλεισμό από του δικαιώματος ανάθεσης της Σύμβασης, και

β. στις προβλεπόμενες από τον Νόμο και τους Κανονισμούς κυρώσεις αναφορικά με συμμετοχή σε μελλοντικούς διαγωνισμούς που οδηγούν σε ανάθεση δημόσιας σύμβασης.

1. Επιπρόσθετα **αναλαμβάνουμε την υποχρέωση να καταβάλουμε στην Αναθέτουσα Αρχή, ως αποζημίωση ποσό ίσο με το 5% της τιμής της προσφοράς μας ή του μέρους αυτής που έχει αποσυρθεί.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Υπογραφή Προσφέροντος ή Εκπροσώπου του | ..................................................................... | |
| Όνομα υπογράφοντος | ..................................................................... | |
| Αρ. Δελτίου Ταυτότητας/Διαβατηρίου υπογράφοντος | ..................................................................... | |
| Ιδιότητα υπογράφοντος | ..................................................................... | |
| Ημερομηνία | ..................................................................... | |
| Στοιχεία Προσφέροντος1 | |  |
| Όνομα Προσφέροντος | | .................................................................... |

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

**ΣΥΜΒΑΣΗ/ΣΥΜΦΩΝΙΑ**

Στον/στην **<πόλη στην οποία υπογράφεται η Συμφωνία>**, σήμερα την **<ημερομηνία υπογραφής>**, ημέρα **<ημέρα>**, στην **<διεύθυνση Αναθέτουσας Αρχής>**,

αφενός μεν,

Ο/Η **<επωνυμία Αναθέτουσας Αρχής>**, ο/η οποίος/α εκπροσωπείται νόμιμα από τον **<ιδιότητα-θέση νόμιμου εκπροσώπου της Αναθέτουσας Αρχής>** ο/η οποίος/α θα καλείται στο εξής «Αναθέτουσα Αρχή»,

αφ’ ετέρου,

Ο/Η **<επωνυμία Αναδόχου>**, που εδρεύει στον/ην **<πόλη>**, οδός **<οδός>** και εκπροσωπείται νόμιμα από τον/την **<ονοματεπώνυμο νόμιμου εκπροσώπου του Αναδόχου>**, που θα καλείται στο εξής «Ανάδοχος»,

συμφωνούν τα εξής :

# ΑΡΘΡΟ 1: ΔΟΜΗ ΤΗΣ ΣΥΜΒΑΣΗΣ

1. Ρητά συμφωνείται ότι τη Σύμβαση αποτελούν, ως ενιαία και αναπόσπαστα μέρη:

α. Η παρούσα Συμφωνία

β. Τα Έγγραφα Διαγωνισμού

γ. Η προσφορά του Αναδόχου ημερομηνίας **<ημερομηνία υποβολής προσφοράς>** και οποιαδήποτε σχετική αλληλογραφία μεταξύ της Αναθέτουσας Αρχής και του Αναδόχου.

Σε περίπτωση διαφοράς ανάμεσα στα πιο πάνω μέρη, οι πρόνοιές τους θα εφαρμόζονται σύμφωνα με την πιο πάνω σειρά προτεραιότητας.

# ΑΡΘΡΟ 2: ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΟΥ ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΟΥ ΤΗΣ ΣΥΜΒΑΣΗΣ

Με την παρούσα Σύμβαση, ο Ανάδοχος αναλαμβάνει να παρέχει υποστηρικτικές υπηρεσίες προσωρινής διάρκειας στα Κέντρα Εμβολιασμού Λατσιών, Λακατάμειας, Παλαιό Νοσοκομείο Λευκωσίας, Έγκωμης, Παλιό Νοσοκομείο Λάρνακας, Νοσοκομείο Αμμοχώστου, Παλαιό Νοσοκομείο Λεμεσού, Λινόπετρας, Νοσοκομείο Πάφου, Νοσοκομείο Τροόδους, Νοσοκομείο Πόλις Χρυσοχούς και για 5 Αίθουσες Μαζικού Εμβολιασμού σε κάθε Επαρχία.

**«Ανάλυση Δραστηριοτήτων:**

Ο Διαγωνισμός στοχεύει στη σύναψη συμβάσεων με διάρκεια τρείς (3) μήνες με έναρξη από την ημερομηνία υπογραφής σύμβασης με δικαίωμα ανανέωσης για ακόμη τρείς (3) μήνες όπως ήθελε καθορίσει η Αναθέτουσα Αρχή σύμφωνα με τις εκάστοτε ανάγκες στους οικονομικούς φορείς που θα επιτύχουν στη βάση των οποίων θα παρέχουν στην Αναθέτουσα Αρχή τις ζητούμενες υπηρεσίες όπως περιγράφονται πιο κάτω και θα είναι υπόλογοι στον Υπεύθυνο Συντονιστή της Σύμβασης.

**Αρ. Θέσεων: Μέχρι Τριάντα έξι (36) ανάλογα με τις εκάστοτε ανάγκες και όπως ήθελε καθορίσει η Αναθέτουσα Αρχή**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Κέντρο Εμβολιασμού | Αρ. Ατόμων | Επαρχία Λευκωσίας | Επαρχία Λεμεσού | Επαρχία Λάρνακας | Επαρχία Πάφου | Επαρχία Αμμοχώστου |
| Λατσιά | 3 | 3 |  |  |  |  |
| Λακατάμεια | 2 | 2 |  |  |  |  |
| Παλαιό Νοσοκομείο Λευκωσίας | 1 | 1 |  |  |  |  |
| Έγκωμη | 1 | 1 |  |  |  |  |
| Παλιό Νοσοκομείο Λάρνακας | 3 |  |  | 3 |  |  |
| Νοσοκομείο Αμμοχώστου | 1 |  |  |  |  | 1 |
| Παλαιό Νοσοκομείο Λεμεσού | 2 |  | 2 |  |  |  |
| Λινόπετρας | 2 | 2 |  |  |  |  |
| Νοσοκομείο Πάφου | 2 |  |  |  | 2 |  |
| Νοσοκομείο Τροόδους | 1 |  | 1 |  |  |  |
| Νοσοκομείο Πόλις Χρυσοχούς | 1 |  |  |  | 1 |  |
| Για 5 Αίθουσες Μαζικού Εμβολιασμού σε κάθε Επαρχία | 17 | 5 | 5 | 3 | 2 | 2 |
| **ΣΥΝΟΛΟ** | **36** | **14** | **8** | **6** | **5** | **3** |

**2Α. Παρεχόμενες Υπηρεσίες**

Περιγραφή του υποστηρικτικών υπηρεσιών

Οι συμμετέχοντες θα εκπαιδευτούν ώστε να παρέχουν υποστηρικτικές υπηρεσίες στους πιο κάτω τομείς οι οποίοι ενδεικτικά και όχι περιοριστικά θα είναι οι ακόλουθοι:

α) Χειρισμός λογισμικού για τους εμβολιασμούς. Καταχωρεί στο λογισμικό τα στοιχεία του ατόμου που προσέρχεται για εμβολιασμό.

β) Συμπλήρωση κάρτας εμβολιασμού.

γ) Δίνεται το ραντεβού για τη 2η δόση.

δ) Τήρηση στατιστικών στοιχείων σχετικά με τους εμβολιασμούς.

ε) Αποστολή email/τηλεφωνική επικοινωνία εάν χρειαστεί.

στ) Οποιαδήποτε άλλα καθήκοντα του ανατεθούν για την εύρυθμη λειτουργία του κέντρου (π.χ. συντονισμό ραντεβού για εμβολιασμό, να δίνει αριθμό σειράς αναμονής, καθοδήγηση του ατόμου για το σημείο εμβολιασμού, απάντηση τηλεφωνικών γραμμών κ.α).

Τα άτομα πρέπει να έχουν γνώσεις Ηλεκτρονικού Υπολογιστή (word, excel, email)

**2Β. Τόπος και τρόπος Εκτέλεσης του Αντικειμένου της Σύμβασης:**

Τα Κέντρα Εμβολιασμού Λατσιών, Λακατάμειας, Παλαιό Νοσοκομείο Λευκωσίας, Έγκωμης, Παλιό Νοσοκομείο Λάρνακας, Νοσοκομείο Αμμοχώστου, Παλαιό Νοσοκομείο Λεμεσού, Λινόπετρας, Νοσοκομείο Πάφου, Νοσοκομείο Τροόδους, Νοσοκομείο Πόλις Χρυσοχούς και για 5 Αίθουσες Μαζικού Εμβολιασμού σε κάθε Επαρχία.

Οι εργασίες θα διεξάγονται καθημερινά με βάση προκαθορισμένο πρόγραμμα εργασιών ανάλογα με τις εκάστοτε ανάγκες όπως ήθελε καθορίσει η Αναθέτουσα Αρχή και ενδεικτικά μεταξύ των ωρών **8:00 μέχρι 20:00,** διαιρούμενες σε δύο περιόδους των **έξι (6) ωρών**. Ο συντονιστής της σύμβασης δύναται να προσαρμόσει την απασχόληση των αναδόχων ανάλογα με τις ανάγκες με ελάχιστη απασχόληση ανά ανάδοχο διάρκειας από τέσσερεις (4) και μέγιστη οκτώ (8) ώρες την ήμερα. Κάθε ανάδοχος θα συνεργάζεται με τον Συντονιστή της Σύμβασης όσον αφορά στον προγραμματισμό των ωρών και το αντικείμενο των παρεχόμενων υπηρεσιών του.

**Αναθέτουσα Αρχή:** Ιατρικές Υπηρεσίες και Υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας

**2Γ. Έναρξη και Διάρκεια εκτέλεσης του αντικειμένου της Σύβασης**

Η διάρκεια κάθε σύμβασης θα είναι τρείς (3) μήνες με έναρξη από την ημερομηνία υπογραφής σύμβασης με δικαίωμα ανανέωσης για ακόμη τρείς (3) μήνες όπως ήθελε καθορίσει η αναθέτουσα αρχή σύμφωνα με τις εκάστοτε ανάγκες.

Νοείτε ότι η τρίμηνη περίοδος παροχής υπηρεσιών ανά σύμβαση θα καθοριστεί όπως ήθελε η Αναθέτουσα Αρχή εντός της ενδεικτικής περιόδου των εννέα μηνών από το Φεβρουάριο του 2021. Σε περίπτωση ετεροχρονισμένων αναγκών της αναθέτουσας αρχής η χρονική κατανομή των θέσεων θα γίνει με βάση αρχαιότητας όπως καθορίζεται από την ημερομηνία γέννησης του αναδόχου.

# 3.Το Υπουργείο Υγείας διατηρεί το δικαίωμα

* **να συμπληρώνει ή/και να τροποποιεί τους όρους και πρόνοιες των συμβάσεων ανά ανάδοχο ή/και**
* **να τερματίσει τις συμβάσεις ή/και**
* **να μην προχωρήσει στη κατάρτιση σύμβασης,**

**όποτε το κρίνει σκόπιμο και σύμφωνα με τα εξής πιο κάτω:**

1. Όταν ο ανάδοχος αδυνατεί να συμμετέχει στο πρόγραμμα εργασιών που καθορίζεται από τον συντονιστή της σύμβασης.
2. Όταν διαπιστώνεται ότι δεν τηρούνται οι υποχρεώσεις του ανάδοχου σύμφωνα με τους όρους της σύμβασης.
3. Όταν δεν υφίσταται πλέον το αντικείμενο της σύμβασης όπως αυτό κρίνεται από την Αναθέτουσα Αρχή»

# 

# ΑΡΘΡΟ 3: ΕΝΑΡΞΗ ΚΑΙ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΕΚΤΕΛΕΣΗΣ ΤΟΥ ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΟΥ ΤΗΣ ΣΥΜΒΑΣΗΣ

1. Η διάρκεια κάθε σύμβασης θα είναι τρείς (3) μήνες με έναρξη από την ημερομηνία υπογραφής σύμβασης με δικαίωμα ανανέωσης για ακόμη τρείς (3) μήνες όπως ήθελε καθορίσει η αναθέτουσα αρχή σύμφωνα με τις εκάστοτε ανάγκες.
2. Νοείτε ότι η τρίμηνη περίοδος παροχής υπηρεσιών ανά σύμβαση θα καθοριστεί όπως ήθελε η Αναθέτουσα Αρχή εντός της ενδεικτικής περιόδου των εννέα μηνών από το Φεβρουάριο του 2021. Σε περίπτωση ετεροχρονισμένων αναγκών της αναθέτουσας αρχής η χρονική κατανομή των θέσεων θα γίνει με βάση αρχαιότητας όπως καθορίζεται από την ημερομηνία γέννησης του αναδόχου.

# ΑΡΘΡΟ 4: ΕΙΔΙΚΕΣ ΥΠΟΧΡΕΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΑΝΑΔΟΧΟΥ – ΤΗΡΗΣΗ ΕΜΠΙΣΤΕΥΤΙΚΟΤΗΤΑΣ

1. Ο Ανάδοχος θα χειρίζεται όλα τα έγγραφα και πληροφορίες που λαμβάνει σε σχέση με τη Σύμβαση, ως απόρρητα. Οποιαδήποτε αποκάλυψη στοιχείων δεν μπορεί να διενεργηθεί χωρίς προηγούμενη γραπτή συγκατάθεση της Αναθέτουσας Αρχής. Σε περίπτωση διαφωνίας σχετικά με δημοσίευση ή αποκάλυψη στοιχείων, η απόφαση της Αναθέτουσας Αρχής θα είναι τελεσίδικη.
2. Σε περιπτώσεις Συμβάσεων που αφορούν ζητήματα που σχετίζονται με την επεξεργασία δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα, ο Ανάδοχος εγγυάται ότι θα σέβεται και θα συμμορφώνεται με όλους τους ισχύοντες νόμους και κανονισμούς περί της προστασίας των φυσικών προσώπων έναντι της επεξεργασίας δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα και ότι θα φέρει την ευθύνη και θα είναι σε θέση να αποδείξει τη συμμόρφωση του σ’ αυτούς. Επιπρόσθετα θα διασφαλίζει ότι, το προσωπικό του και οι τυχόν υπεργολάβοι ή συνεργάτες και τα πρόσωπα που τελούν υπό τον έλεγχο του, θα σέβονται και θα συμμορφώνονται επίσης με αυτούς τους νόμους και κανονισμούς. (Σχετικός είναι ο κανονισμός της ΕΕ 2016/679 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου, της 27ης Απριλίου 2016).

# ΑΡΘΡΟ 5: ΚΥΡΙΟΤΗΤΑ

1. Τα παραδοτέα/εκθέσεις της Σύμβασης, καθώς και οποιοδήποτε έγγραφο ή υλικό που αποκτάται ή ετοιμάζεται από τον Ανάδοχο κατά την εκτέλεση της Σύμβασης, θα περιέλθουν στην απόλυτη ιδιοκτησία της Αναθέτουσας Αρχής με την ολοκλήρωση της Σύμβασης. Ο Ανάδοχος δύναται να κρατά αντίγραφο των πιο πάνω, αλλά δεν επιτρέπεται η χρήση τους, για σκοπούς άλλους πέραν της Σύμβασης.

# 

# ΑΡΘΡΟ 6: ΑΞΙΑ ΤΗΣ ΣΥΜΒΑΣΗΣ

1. Η Πληρωμή του Αναδόχου/Φοιτητή/πτυχιούχου θα γίνεται στη βάση ωριαίας πληρωμής **ίσης με 6.5 ευρώ ανά ώρα,** για το σύνολο των ωρών που εργάστηκε εντός της ισχύουσας σύμβασης διάρκειας ενός μήνας.
2. Στην συνολική αξία της Σύμβασης περιλαμβάνονται και τα παντός είδους έξοδα και δαπάνες του Αναδόχου σε σχέση με την εκτέλεση της Σύμβασης που του ανατίθεται, καθώς και οι κάθε είδους κρατήσεις και κάθε άλλη επιβάρυνση, που προβλέπονται από την Κυπριακή Νομοθεσία. Η συνολική αξία της σύμβασης αφορά το σύνολο των υπηρεσιών του άρθρου 2 της παρούσας.

# 

# ΑΡΘΡΟ 7: ΤΡΟΠΟΣ ΠΛΗΡΩΜΗΣ

1. Με την έναρξη της Σύμβασης, ο Ανάδοχος θα γνωστοποιήσει γραπτώς τον τραπεζικό λογαριασμό στον οποίο επιθυμεί να καταβάλλονται οι πληρωμές της συμβατικής αξίας (**Έντυπο 2,** μαζί με τραπεζική βεβαίωση IBAN). Σε περίπτωση που υπάρχει ήδη δηλωμένος τραπεζικός λογαριασμός για σκοπούς καταβολής πληρωμών από το Δημόσιο, δεν θα πρέπει να δηλωθεί άλλος τραπεζικός λογαριασμός, εκτός εάν ο Ανάδοχος επιθυμεί να καταβάλλονται από τούδε και στο εξής όλες οι πληρωμές του Δημοσίου σε άλλο τραπεζικό λογαριασμό. Η Αναθέτουσα Αρχή διατηρεί το δικαίωμα να αντιτεθεί στην επιλογή του Αναδόχου αναφορικά με τον τραπεζικό λογαριασμό.
2. Οι πληρωμές θα γίνονται σε ευρώ με την προσκόμιση τιμολογίου εντός 60 ημερών από την ημερομηνία παραλαβής του τιμολογίου.
3. Η Πληρωμή του Αναδόχου/Φοιτητή/πτυχιούχου θα γίνεται στη βάση ωριαίας πληρωμής ίσης με **6.5 ευρώ ανά ώρα**, για το σύνολο των ωρών που εργάστηκε εντός του «συμβατικού» μήνα.
4. Ο Ανάδοχος με το τέλος κάθε «συμβατικού» μήνα θα πρέπει να αποστέλλει στο **Λογιστήριο των Ιατρικών Υπηρεσιών και Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας**, πρωτότυπο τιμολόγιο υπογεγραμμένο από τον ίδιο και από τον συντονιστή της σύμβασης, το οποίο θα συνοδεύεται από αντίγραφο του παρουσιολογίου.

Το παρουσιολόγιο θα παρέχεται από τον συντονιστή της σύμβασης για σκοπούς πληρωμής 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.

**Συντονιστές των Συμβάσεων για τους Αναδόχους/φοιτητές/πτυχιούχους για τα Κέντρα Εμβολιασμού** θα είναι:

* Επαρχία Λευκωσίας η κα. Νίκη Ευθυμίου, Τηλ: 22405259, email: he[althvisitorsnam@hotmail.com](mailto:althvisitorsnam@hotmail.com)
* Επαρχία Λάρνακας – Αμμοχώστου η κα. Γεωργία Χριστοδούλου, Τηλ: 24818046, email: [healthvisitorlarnaca@mphs.moh.gov.cy](mailto:healthvisitorlarnaca@mphs.moh.gov.cy)
* Επαρχία Λεμεσού – Πάφου η κα. Χριστίνα Μιχαηλίδου, Τηλ: 25829050, email:mvenizelou@mphs.moh.gov.cy

# ΑΡΘΡΟ 8: ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΚΑΙ ΕΛΕΓΧΟΣ ΕΚΤΕΛΕΣΗΣ ΤΗΣ ΣΥΜΒΑΣΗΣ

1. Η παρακολούθηση και ο έλεγχος εκτέλεσης της παρούσας καθώς γίνεται από τον Συντονιστή/Επιτροπή Παρακολούθησης που έχει συσταθεί. Στο πλαίσιο αυτό οι αρμοδιότητες περιλαμβάνουν:

α. την έγκαιρη παροχή κατευθύνσεων στον Ανάδοχο.

β. τη συμβατική επίβλεψη, τη διατύπωση παρατηρήσεων και ενστάσεων και την πρόταση προς τα αρμόδια όργανα για την έκδοση εντολής πληρωμής προς τον Ανάδοχο.

1. Ειδικότερα εξετάζεται η συμμόρφωση του Αναδόχου στην παροχή των υπηρεσιών του στα πλαίσια του αντικειμένου της σύμβασης, σύμφωνα με τα προβλεπόμενα στο άρθρο 2 της παρούσας Σύμβασης.

# ΑΡΘΡΟ 9: ΤΕΡΜΑΤΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΣΥΜΒΑΣΗΣ – ΔΙΑΚΑΝΟΝΙΣΜΟΣ ΔΙΑΦΟΡΩΝ

1. Το Υπουργείο Υγείας διατηρεί το δικαίωμα να συμπληρώνει ή/και να τροποποιεί τους όρους και πρόνοιες της σύμβασης ή/και να τερματίσει την σύμβαση όποτε το κρίνει σκόπιμο και σύμφωνα με τα εξής πιο κάτω:

* Όταν ο ανάδοχος αδυνατεί να συμμετέχει στο πρόγραμμα εργασιών που καθορίζεται από τον συντονιστή της σύμβασης.
* Όταν διαπιστώνεται ότι δεν τηρούνται οι υποχρεώσεις του ανάδοχου σύμφωνα με τους όρους της σύμβασης.
* Όταν δεν υφίσταται πλέον το αντικείμενο της σύμβασης όπως αυτό κρίνεται από την Αναθέτουσα Αρχή

1. Η Αναθέτουσα Αρχή δικαιούται, με γραπτή προειδοποίηση στον Ανάδοχο, να αναστείλει μέρος ή όλες τις πληρωμές, αν ο Ανάδοχος αθετήσει οποιουσδήποτε όρους της Σύμβασης ή δεν έχει ανταποκριθεί στις υποχρεώσεις του.
2. Αν οι συνθήκες που αναφέρονται στη παράγραφο 1 συνεχιστούν για δεκατέσσερις (14) ημέρες από την ημερομηνία της προειδοποίησης, τότε η Αναθέτουσα Αρχή θα δύναται, αν το επιθυμεί, να τερματίσει τη σύμβαση, δίδοντας γραπτή προειδοποίηση 30 ημερών.
3. Με τη λήψη γραπτής προειδοποίησης, ο Ανάδοχος θα πάρει άμεσα μέτρα για τερματισμό της Σύμβασης, για σκοπούς μείωσης των συνεπαγόμενων δαπανών στο ελάχιστο.
4. Με τον τερματισμό της Σύμβασης καμιά πληρωμή δεν οφείλεται στον Ανάδοχο, εκτός για υπηρεσίες που εκτελέστηκαν ικανοποιητικά πριν την ημερομηνία τερματισμού της Σύμβασης και για υπηρεσίες που συντρέχουν για τον ομαλό τερματισμό της Σύμβασης.
5. Σε κάθε περίπτωση όπου η Αναθέτουσα Αρχή δικαιούται αποζημιώσεις, μπορεί να τις αφαιρέσει από οποιαδήποτε οφειλόμενα προς τον Ανάδοχο ποσά.
6. Αρμόδια για την επίλυση οποιασδήποτε διαφοράς σχετικής με τη Σύμβαση που δυνατό να προκύψει μεταξύ των Μερών και που δεν μπορεί να διευθετηθεί, είναι τα Δικαστήρια της Κυπριακής Δημοκρατίας.
7. Σε περίπτωση που σε οποιοδήποτε στάδιο εκτέλεσης της σύμβασης παρατηρηθεί παράβαση των όρων της σύμβασης ή/και των σχετικών διαταγμάτων ή/και υποδείξεων, η Αναθέτουσα Αρχή δύναται να προβεί σε επιβολή κυρώσεων καθώς επίσης και να τερματίσει αυτοδικαίως τη Συμφωνία.
8. Σε περίπτωση αποτυχίας στο αποτέλεσμα του εξωτερικού ποιοτικού ελέγχου όπως η Αναθέτουσα Αρχή θα τερματίσει αυτοδικαίως τη σύμβαση και δύναται να την προωθήσει στα Αρμόδια Όργανα για την επιβολή κυρώσεων.

# ΑΡΘΡΟ 10: ΕΦΑΡΜΟΣΤΕΟ ΔΙΚΑΙΟ

1. Η παρούσα Σύμβαση διέπεται και ερμηνεύεται αποκλειστικά με βάση και σύμφωνα με τους Νόμους της Κυπριακής Δημοκρατίας και θα εμπίπτει στη δικαιοδοσία των Κυπριακών Δικαστηρίων.

# 

# ΑΡΘΡΟ 11: ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΣΕΙΣ

1. Τροποποίηση ή αλλαγή της παρούσας σύμβασης μπορεί να γίνει μόνον εφόσον δεν θίγει ουσιωδώς τον ανταγωνισμό και πραγματοποιείται με έγγραφη συμφωνία των συμβαλλόμενων μερών, η οποία θα επισυνάπτεται στην παρούσα Σύμβαση ως αναπόσπαστο μέρος αυτής.

Συνταχθείσα στην ελληνική γλώσσα σε δύο πρωτότυπα, όπου το ένα πρωτότυπο προορίζεται για την Αναθέτουσα Αρχή και το άλλο πρωτότυπο για τον Ανάδοχο, και υπογραφείσα την **<ημέρα>, <XX/XX/20XX>.**

«χαρτόσημα»

**Εκ μέρους και για λογαριασμό της Αναθέτουσας Αρχής:**

|  |  |
| --- | --- |
| Υπογραφή: ..........................................  Τίτλος: ................................................  Όνομα: ................................................ | Μάρτυρες:  1.Υπογραφή: ............................................  Όνομα: ................................................  2.Υπογραφή: ............................................  Όνομα: ................................................ |

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

|  |  |
| --- | --- |
| Υπογραφή: ..........................................  Τίτλος: ..............................................  Όνομα: ............................................... | Μάρτυρες:  1. Υπογραφή: ...........................................  Όνομα: .................................................  2. Υπογραφή: ...........................................  Όνομα: ............................................... |