



ΘΕΜΑ: Αγορά Υπηρεσιών Προσωπικού Ιατρού για τις Ανάγκες του Κέντρου Υγείας Κοφίνου και του Κέντρου Υγείας Λευκάρων, Αγορά Υπηρεσιών Γυναικολόγου για κάλυψη των αναγκών του Γ.Ν.Πάφου, Αγορά Υπηρεσιών Ιατρού-Αναισθησιολόγου για τις ανάγκες των Θαλάμων Covid-19 (5ος όροφος) του Γ.Ν. Λεμεσού, Αγορά Υπηρεσιών Καρδιολόγου για κάλυψη των αναγκών της επαρχίας Πάφου, Αγορά Υπηρεσιών Προσωπικού Ιατρού για το ΚΥ Πάχνας, Αγορά Υπηρεσιών Οφθαλμίατρου για την Οφθαλμολογική Κλινική του NAM III, Αγορά Υπηρεσιών Ιατρού-Παθολόγου για το Γ.Ν.Πάφου και Αγορά Υπηρεσιών Ιατρού-Παθολόγου για το Γ.Ν.Λεμεσού για τις ανάγκες των θαλάμων covid-19, σύμφωνα με το Παράρτημα XIV.

ΕΙΔΟΣ 1: ΑΓΟΡΑ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΙΑΤΡΟΥ ΓΙΑ ΤΙΣ ΑΝΑΓΚΕΣ ΤΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ ΥΓΕΙΑΣ ΚΟΦΙΝΟΥ ΚΑΙ ΤΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ ΥΓΕΙΑΣ ΛΕΥΚΑΡΩΝ.

ΣΥΜΦΩΝΙΑ – ΕΙΔΙΚΟΙ ΟΡΟΙ ΣΥΜΒΑΣΗ

ΣΥΜΦΩΝΙΑ – ΕΙΔΙΚΟΙ ΟΡΟΙ ΣΥΜΒΑΣΗΣ

Στην *Λευκωσία*, σήμερα την *00/00/20--*, ημέρα «.....», στην *Προδρόμου 1 και Χείλωνος 17, Άγιος Ανδρέας, 1449 Λευκωσία*

αφενός μεν,

Ο *Οργανισμός Κρατικών Υπηρεσιών Υγείας (ΟΚΥΠΥ)*, ο οποίος εκπροσωπείται νόμιμα από τον *Γενικό (Εκτελεστικό) Διευθυντή του ΟΚΥΠΥ*, που εδρεύει στη διεύθυνση *Προδρόμου 1 και Χείλωνος 17, Άγιος Ανδρέας, 1448, Λευκωσία* (στο εξής η «Αναθέτουσα Αρχή»)

αφ' ετέρου,

Ο/Η *<Επωνυμία ή ονοματεπώνυμο Αναδόχου>* που εδρεύει στη διεύθυνση *<ταχυδρομική διεύθυνση>* του/της *<ονομασία πόλης>* (στο εξής ο «Ανάδοχος») που εκπροσωπείται νόμιμα από τον/την *<ονοματεπώνυμο, ιδιότητα>*

συμφωνούν τα εξής :

1. ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΟ ΣΥΜΒΑΣΗΣ

1. Με την παρούσα Σύμβαση, ο Ανάδοχος αναλαμβάνει να παρέχει υπηρεσίες *Προσωπικού Ιατρού για κάλυψη των αναγκών του Κέντρου Υγείας Κοφίνου και Κέντρου Υγείας Λευκάρων* σύμφωνα με τους όρους και τις προϋποθέσεις που ορίζονται στη Σύμβαση.

Όροι Εργοδότησης

A) Απαιτούμενα Προσόντα

- (1) Αντίγραφο εγγραφής στον Παγκύπριο Ιατρικό Σύλλογο.
- (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) Αντίγραφο πιστοποιητικού ειδικότητας αναγνωρισμένο από τον Παγκύπριο Ιατρικό Σύλλογο.
- (5) Πολύ καλή γνώση της Ελληνικής και καλή γνώση της Αγγλικής γλώσσας ή της Γαλλικής ή της Γερμανικής γλώσσας.

Η κατοχή των γλωσσών στο απαιτούμενο επίπεδο θα πρέπει να τεκμηριώνεται από τους υποψηφίους μέχρι την ημερομηνία λήξης της υποβολής των αιτήσεων.

B) Καθήκοντα και ευθύνες

- (1) Τα καθήκοντα της θέσης Προσωπικού Ιατρού στα Κέντρα Υγείας συνεπάγονται απασχόληση σε πενθήμερη βάση μη συμπεριλαμβανομένης και εργασίας Σάββατο/Κυριακές και επίσημες αργίες. Το ωράριο εργασίας είναι 07:30- 15:00 για Δευτέρα, Τρίτη, Πέμπτη και Παρασκευή και 10:30 – 18:00 κάθε Τετάρτη. Το απόγευμα της Τετάρτης θα γίνεται στο Κέντρο Υγείας Κοφίνου.
- (2) Ο επιτυχών οικονομικός φορέας υποχρεούται να παρέχει Υπηρεσίες Προσωπικού Ιατρού όπως καθορίζεται από το σχετικό καθηκοντολόγιο του Περί Γενικού Συστήματος Υγείας (Προσωπικοί Ιατροί) Κανονισμοί 2019.
- (3) Ο Ανάδοχος θα πρέπει με την υπογραφή της Σύμβασης να υποβάλει ασφαλιστική κάλυψη για νομική ευθύνη έναντι επαγγελματικής/ιατρικής αμέλειας που να υπερβαίνει το συνολικό ποσό των €300.000 η οποία θα καλύπτει τον ιατρό που εμπλέκεται στη θεραπεία του. Η ασφάλεια θα πρέπει να καλύπτει επίσης τραυματισμό, σωματική βλάβη ή άλλη ζημιά και θάνατο, συνέπεια αμέλειας, αβλεψίας ή παράλειψης του Αναδόχου να συμμορφωθεί με τους όρους της Σύμβασης αυτής. Η ασφαλιστική κάλυψη για νομική ευθύνη έναντι επαγγελματικής αμέλειας πρέπει να έχει ημερομηνία λήξης δύο (2) μήνες μετά την ημερομηνία λήξης της σύμβασης.
- (4) Τηρεί αρχεία και στοιχεία των ασθενών για την εργασία που επιτελεί.
- (5) Εκτελεί οποιαδήποτε άλλα καθήκοντα του ανατεθούν συναφή με τα πιο πάνω.
- (6) 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.

Σημειώσεις:

Ο Ο.Κ.Υπ.Υ δύναται να διακόψει τη σύμβαση όποτε το κρίνει απαραίτητο χωρίς ο επιτυχών οικονομικός φορέας να ζητήσει οποιαδήποτε αποζημίωση. Σε αυτήν τη περίπτωση, ο επιτυχών οικονομικός φορέας θα πρέπει να αποστέλλει τιμολόγιο στο Λογιστήριο του Ο.Κ.Υπ.Υ πιστοποιημένο από τον υπεύθυνο συντονιστή μόνο για τις μέρες που έχει εργαστεί.

2. ΑΞΙΑ ΣΥΜΒΑΣΗΣ

1. Η σύμβαση, αφορά το ποσό των €4.045 ανά μήνα και ο Ανάδοχος θα αμείβεται επιπλέον €2 ανά ασθενή ανά μήνα για κάθε ασθενή που έχει εγγραφεί στο όνομά του.
2. Στην αξία της Σύμβασης, την οποία ο Ανάδοχος θεωρεί νόμιμο, εύλογο και επαρκές αντάλλαγμα για την εκτέλεση του Αντικειμένου της Σύμβασης, περιλαμβάνεται κάθε είδους δαπάνη που θα απαιτηθεί ή ενδέχεται να απαιτηθεί για την κάλυψη των υποχρεώσεων του Αναδόχου, τα έξοδα και το κέρδος του, περιλαμβανόμενων τυχόν αμοιβών τρίτων, χωρίς καμία περαιτέρω επιβάρυνση της Αναθέτουσας Αρχής.

3. ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΗΣ ΥΛΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΗΣ ΣΥΜΒΑΣΗΣ

1. Ο Ανάδοχος έχει την πλήρη ευθύνη εκτέλεσης του αντικειμένου της σύμβασης.
2. Η Αναθέτουσα Αρχή έχει την κύρια ευθύνη επίβλεψης και ελέγχου της πορείας εκτέλεσης του Αντικειμένου της Σύμβασης και της ποιότητας και πληρότητας των Παραδοτέων του.

3. Η συνεργασία της Αναθέτουσας Αρχής και του Αναδόχου σε όλα τα στάδια εκτέλεσης του Αντικειμένου της Σύμβασης και μέχρι την οριστική του παραλαβή, είναι υποχρέωση αμοιότερων.
4. Υπεύθυνος Συντονιστής εκ μέρους της Αναθέτουσας Αρχής είναι η **Δρ. Θεοδώρα Ζαχαριάδου**, Διευθύντρια Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας ή εξουσιοδοτημένος αντιπρόσωπος της.

4. ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΝΑΡΞΗΣ ΚΑΙ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΕΚΤΕΛΕΣΗΣ

1. Η παρούσα Σύμβαση τίθεται σε ισχύ από τη στιγμή της υπογραφής της.
2. Η ημερομηνία έναρξης της εκτέλεσης του Αντικειμένου της Σύμβασης θα οριστεί με οδηγία που θα εκδοθεί από τον Υπεύθυνο Συντονιστή μετά την έναρξη ισχύος της Σύμβασης και δεν θα απέχει από αυτήν περισσότερο από **δύο (2) μέρες**.
3. Η διάρκεια εκτέλεσης του αντικειμένου της σύμβασης είναι τρεις (3) μήνες με δικαίωμα ανανέωσης για ακόμα ένα (1) μήνα αν εξακολουθεί να υφίσταται η ανάγκη.

4. Τόπος Εκτέλεσης

Ο Ανάδοχος θα παρέχει τις υπηρεσίες του στο Κέντρο Υγείας Κοφίνου και Κέντρο Υγείας Λευκάρων.

5. ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ ΚΑΙ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ 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, συμπληρώνοντας σχετικό έντυπο που θα του δοθεί από την Αναθέτουσα Αρχή. Η Αναθέτουσα Αρχή διατηρεί το δικαίωμα να *αντιτεθεί στην επιλογή του Αναδόχου αναφορικά με τον τραπεζικό λογαριασμό*.
2. Ο Ανάδοχος **κάθε τέλος του μήνα** θα πρέπει να αποστέλλει **στην Αρμόδια Αρχή του ΟΚΥπΥ**, πρωτότυπο τιμολόγιο υπογεγραμμένο από τον συντονιστή της σύμβασης στο όνομα του **Λογιστηρίου του ΟΚΥπΥ**.

6. ΡΗΤΡΕΣ ΚΑΘΥΣΤΕΡΗΣΗΣ

1. Σε περίπτωση καθυστέρησης εκτέλεσης των εργασιών ή υποβολής Παραδοτέου του Αντικειμένου της Σύμβασης με υπαιτιότητα του Αναδόχου, επιβάλλεται Ρήτρα Καθυστερήσης Παράδοσης.
2. Η ρήτρα, για κάθε ημέρα απουσίας του από την εργασία χωρίς πιστοποιητικό ασθενείας από κυβερνητικό ιατρό, είναι ίση με την κατά αναλογία του μηνιαίου μισθού. Η ρήτρα για κάθε ημέρα απουσίας του από την εργασία με προσκόμιση πιστοποιητικού ασθενείας είναι ίση με την κατά αναλογία του μηνιαίου μισθού.

7. ΦΟΡΟΛΟΓΙΚΕΣ ΚΑΙ ΤΕΛΩΝΕΙΑΚΕΣ ΡΥΘΜΙΣΕΙΣ

Η Σύμβαση δεν θα εξαιρείται από τους δασμούς και φόρους, περιλαμβανομένου και του Φ.Π.Α.

Συνταχθείσα στην Ελληνική γλώσσα σε τρία πρωτότυπα όπου δύο πρωτότυπα προορίζονται για την Αναθέτουσα Αρχή και ένα πρωτότυπο για τον Ανάδοχο και υπογραφείσα την <ημέρα>, <XX/XX/20XX>.

Εκ μέρους και για λογαριασμό της Αναθέτουσας Αρχής:

Μάρτυρες:

Υπογραφή:

1. Υπογραφή:

Τίτλος:

Όνομα:

Όνομα:

2. Υπογραφή:

Όνομα:

Εκ μέρους και για λογαριασμό του Αναδόχου:

Μάρτυρες:

Υπογραφή:

1. Υπογραφή:

Όνομα:

Τίτλος:

2. Υπογραφή:

Όνομα:

Όνομα: