



ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΑΚΙΝΗΤΩΝ ΔΗΜΟΣΙΟΥ

**Διεύθυνση Οικονομικών &
Διοικητικών Υπηρεσιών
Τμήμα Προμηθειών**

Πληροφορίες: Α. Σφαραγκούλια
Τηλ.: 210 3339557
Fax: 210 3339458
email: asfaragoulia@etasa.gr

Αθήνα, Απρίλιος 2018.

Πρόσκληση υποβολής προσφορών για την παροχή ιατρικών υπηρεσιών στην Ακτή Βουλιαγμένης από 01/05/2018 έως 30/09/2018.

Στο πλαίσιο λειτουργίας του Υποκαταστήματος Ακτή Βουλιαγμένης κατά την θερινή περίοδο 1/5/2018 έως 30/9/2018 και προκειμένου για την κάλυψη παροχής ιατρικών υπηρεσιών όπως οι κείμενες διατάξεις ορίζουν, καλούμε όποιον Ιατρό ενδιαφέρεται να υποβάλλει έως και την Παρασκευή 27 Απριλίου 2018, σύμφωνα με το επισυναπτόμενο έντυπο, την προσφορά του για την παροχή ιατρικών υπηρεσιών στην Ακτή Βουλιαγμένης.

Σας ενημερώνουμε ότι θα προκριθεί ο Ιατρός που θα υποβάλλει την πιο συμφέρουσα οικονομική προσφορά για τις ζητούμενες υπηρεσίες. Σε περίπτωση που οι Οικονομικές Προσφορές είναι όμοιες, η Σύμβαση θα ανατεθεί κατόπιν κλήρωσης μεταξύ των διαγωνιζομένων που έχουν υποβάλλει ίδιου ύψους οικονομική προσφορά, παρουσία αυτών.

Επισημαίνουμε ότι οι ιατρικές εργασίες αφορούν επταήμερη εργασία (συμπεριλαμβανομένων Κυριακών, αργιών, εορτών) και πλήρες ωράριο (ώρες λειτουργίας του Υποκαταστήματος) σύμφωνα με το επισυναπτόμενο έντυπο οικονομικής προσφοράς.

Τέλος σημειώνεται ότι ελάχιστα απαιτούμενα προσόντα κατά προτίμηση είναι: ιατροί Παθολογίας ή Καρδιολογίας ή Γενικής Ιατρικής και το προσφερόμενο ποσό των εν λόγω παρεχόμενων υπηρεσιών για το ανωτέρω χρονικό διάστημα, δεν δύναται να είναι μεγαλύτερο του ποσού των 20.000,00€ συμπεριλαμβανομένων όλων των νόμιμων κρατήσεων και φόρων.

Συνημμένα:

Το σχετικό τιμολόγιο προσφοράς

**ΠΡΟΣ
ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΑΚΙΝΗΤΩΝ ΔΗΜΟΣΙΟΥ Α.Ε.
ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΗΜΑ ΑΚΤΗ ΒΟΥΛΙΑΓΜΕΝΗΣ**

**ΠΡΟΣΦΟΡΑ
ΠΑΡΟΧΗΣ ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ
ΤΟΥ ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΗΜΑΤΟΣ ΑΚΤΗ ΒΟΥΛΙΑΓΜΕΝΗΣ**

Ο/Η κάτωθι υπογεγραμμένος/η ιατρός
με ειδικότητα κάτοικος,
(Διεύθυνση, τηλέφωνο:....., κινητό
τηλέφωνο:....., φαξ:....., ΑΦΜ:.....), και
έχοντας λάβει πλήρη γνώση των συνθηκών παροχής των υπηρεσιών της παρούσας
προσφοράς, δηλώνω ότι αναλαμβάνω **την παροχή ιατρικών υπηρεσιών για το
Υποκατάστημα Ακτή Βουλιαγμένης**, σύμφωνα με τα ακόλουθα:

1. ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΟ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ: Αναλαμβάνω την υποχρέωση να παρέχω
στους επισκέπτες / λουόμενους του υποκαταστήματος Ακτή Βουλιαγμένης, ιατρικές
υπηρεσίες, που περιλαμβάνουν ενδεικτικά τα ακόλουθα:

Περιγραφή Ιατρικών Υπηρεσιών:

- Την παροχή Πρώτων Βοηθειών στους επισκέπτες / λουόμενους σε περιπτώσεις καρδιοαναπνευστικών προβλημάτων ή άλλης οποιασδήποτε έκτακτης ανάγκης.
- Την περίθαλψη και περιποίηση των επισκεπτών / λουομένων σε περιπτώσεις παθολογικών περιστατικών (π.χ. κρίση άσθματος, κρίση επιληψίας, αλλεργικό σοκ κλπ)
- Την φαρμακευτική αντιμετώπιση σε περιπτώσεις κεφαλαλγίας, κοιλιακού άλγους, μυαλγίας, νευραλγίας, αρθραλγίας και οτιδήποτε άλλο χρήζει άμεσης Ιατρικής Περιθαλψης.
- Την άμεση αντιμετώπιση και περιποίηση τραυμάτων, εγκαυμάτων, θλάσεων, διαστρεμμάτων των επισκεπτών / λουομένων.
- Την αντιμετώπιση και περίθαλψη, καθώς και φαρμακευτική αντιμετώπιση κάθε άλλου έκτακτου περιστατικού ή συμβάντος που λαμβάνει χώρα εντός του χώρου του Υποκαταστήματος Ακτή Βουλιαγμένης.
- Την ειδοποίηση και ενημέρωση του ΕΚΑΒ σε περιπτώσεις που παρίσταται ανάγκη άμεσης μεταφοράς βαρύτερων περιπτώσεων σε νοσοκομεία ή κλινικές.
- Την χρήση ενέσιμων και μη φαρμάκων, που διαθέτει η Ακτή, καθώς και την χρήση του απινιδωτή που διαθέτει η Ακτή, για την αντιμετώπιση των ανάλογων συμβάντων, με αποκλειστική δική μου ευθύνη.
- Την τήρηση του ημερήσιου ημερολογίου συμβάντων του ιατρείου του Υποκαταστήματος Ακτή Βουλιαγμένης καθώς και την τήρηση όποιου άλλου εντύπου μου υποδειχθεί από τη Διεύθυνση του Υποκαταστήματος Ακτή Βουλιαγμένης.

Ειδικότητα Ιατρού:

- Οι ανωτέρω ιατρικές υπηρεσίες θα παρέχονται από την ειδικότητα του ιατρού Καρδιολόγου ή Παθολόγου.

2. ΧΡΟΝΟΣ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ: Οι ανωτέρω (παράγραφος 1) ιατρικές υπηρεσίες θα παρέχονται στο Υποκατάστημα Ακτή Βουλιαγμένης

- για το χρονικό διάστημα από 01/05/2018 έως 30/09/2018 ως εξής:
Ένας (1) γιατρός (ανά βάρδια) από 08:00πμ - 16:00μμ, από Δευτέρα έως Κυριακή (συμπεριλαμβανομένων και των Αργιών).
- για το χρονικό διάστημα από 01/05/2018 έως 31/08/2018 ως εξής:
Ένας (1) γιατρός (ανά βάρδια) από 16:00πμ - 20:00μμ, από Δευτέρα έως Κυριακή (συμπεριλαμβανομένων των Αργιών).

• για το χρονικό διάστημα από 01/09/2018 έως 30/09/2018 ως εξής:
Ένας (1) γιατρός (ανά βάρδια) από 16:00πμ - 19:00μμ, από Δευτέρα έως Κυριακή
(συμπεριλαμβανομένων των Αργιών)

3. ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΠΡΟΣΦΟΡΑ: Για την παροχή των ανωτέρω αναφερόμενων ιατρικών υπηρεσιών του Υποκαταστήματος Ακτή Βουλιαγμένης (παράγραφος 1) υποβάλω οικονομική προσφορά, **ανά μήνα**, ως κάτωθι :

Μάιος 2018.....

Ιούνιος 2018.....

Ιούλιος 2018.....

Αύγουστος 2018.....

Σεπτέμβριος 2018.....

συμπεριλαμβανομένων νομίμων κρατήσεων και φόρων, και

η συνολική αμοιβή ανέρχεται στο ποσό των

(€) **συμπεριλαμβανομένων νομίμων κρατήσεων και φόρων.**

A. Στη συνολική προσφερόμενη τιμή περιλαμβάνονται όλες οι απαιτούμενες για τις υπηρεσίες αυτές νόμιμες κρατήσεις, ασφαλιστικές εισφορές, επιδόματα αδείας, αμοιβή για εργασία κατά τη διάρκεια Κυριακών και Αργιών καθώς και ο αναλογούν φόρος.

B. Στη συνολική προσφερόμενη τιμή **δεν** περιλαμβάνονται έξοδα για φαρμακευτικό υλικό καθώς και αυτό θα παρέχεται από το Υποκατάστημα, ούτε ο απαραίτητος εξοπλισμός για την άσκηση των καθηκόντων μου.

Γ. Η οικονομική μου προσφορά ισχύει μέχρι

4. ΤΡΟΠΟΣ ΠΛΗΡΩΜΗΣ: Η πληρωμή θα πραγματοποιείται εντός σαράντα πέντε (45) ημερών, μετά την έκδοση και προσκόμιση του νόμιμου τιμολογίου παροχής ιατρικών υπηρεσιών και την έκδοση του σχετικού πρακτικού καλής εκτέλεσης εργασιών από το Υποκατάστημα.

Επισυνάπτονται επικυρωμένο αντίγραφο πτυχίου, επικυρωμένη άδεια άσκησης επαγγέλματος, και βεβαίωση εγγραφής στον οικείο ιατρικό σύλλογο.

Επισημαίνω ότι δεσμεύομαι με το παρόν ότι σε περίπτωση που αναλάβω την παροχή ιατρικών υπηρεσιών στο Υποκατάστημα Ακτή Βουλιαγμένης, θα προσκομίσω την σχετική βεβαίωση έναρξης επιτηδεύματος.

Ημερομηνία

Ο/ Η ΙΑΤΡΟΣ

ΥΠΟΓΡΑΦΗ

Συνημμένα (και για τον υπογράφωντα ιατρό):

1. Βιογραφικό Σημείωμα
2. Επικυρωμένο αντίγραφο πτυχίου
3. Επικυρωμένη άδεια άσκησης επαγγέλματος
4. Βεβαίωση εγγραφής στον οικείο Ιατρικό Σύλλογο

(Η εν λόγω προσφορά κατατίθεται στο πλαίσιο έρευνας αγοράς που διενεργεί η ΕΤΑΔ ΑΕ σύμφωνα με τον κανονισμό της, η οποία δεν δεσμεύεται για την τελική αποδοχή της.

Τηλέφωνο επικοινωνίας για την παροχή διευκρινίσεων: Παναγιώτης Γεωργακούνας, Προϊστάμενος Υποκαταστήματος ΕΤΑΔ ΑΕ Ακτή Βουλιαγμένης τηλ:210 89 60 697).