**ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι : ΥΠΟΔΕΙΓΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΡΟΣΦΟΡΑΣ ΓΕΝΙΚΟΥ ΙΑΤΡΟΥ Ή ΠΑΘΟΛΟΓΟΥ**

|  |
| --- |
| **Προς το:** |
| Κέντρο Κοινωνικής Πρόνοιας Περιφέρειας Κρήτης |
| Τμήμα Προμηθειών, Υπόψη Επιτροπής Αξιολόγησης |

|  |  |
| --- | --- |
| **ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΡΟΣΦΕΡΟΝΤΟΣ** | |
| **ΕΠΩΝΥΜΙΑ ΠΡΟΣΦΕΡΟΝΤΟΣ:** |  |
| **ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ-ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ:** |  |
| **ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ, Τ.Κ, ΠΟΛΗ ΕΔΡΑΣ:** |  |
| **ΤΗΛΕΦΩΝΑ/ Ε-ΜΑΙL:** |  |
| **ΑΦΜ & Δ.Ο.Υ.:** |  |
| **Α.Δ.Τ:** |  |

Ο υπογράφων (Όνομα – Επώνυμο – Πατρώνυμο -…………………………………………………………………………… Α.Δ.Τ.)......................... αναφορικά με την αρ. πρωτ.: οικ. 2030/25-11-2024 «Πρόσκληση εκδήλωσης ενδιαφέροντος για την ανάδειξη αναδόχου για παροχή ιατρικών υπηρεσιών από **Ιατρό ειδικότητας ΠΕ Γενικής Ιατρικής ή Παθολογίας** για την κάλυψη επιτακτικών αναγκών του Παραρτήματος ΑμεΑ Ρεθύμνου του Κέντρου Κοινωνικής Πρόνοιας Περιφέρειας Κρήτης για χρονικό διάστημα ενός (1) έτους, προϋπολογισθείσας συνολικής δαπάνης # 12.000,00€ # (η υπηρεσία δεν υπόκειται σε ΦΠΑ), με κριτήριο κατακύρωσης την πλέον συμφέρουσα από οικονομική άποψη προσφορά, με βάση μόνο την τιμή» (στο σύνολο των υπηρεσιών).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ΣΥΝΟΠΤΙΚΟΣ ΠΙΝΑΚΑΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΡΟΣΦΟΡΑΣ** | | |
| **ΕΙΔΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ:** | Παροχή ιατρικών υπηρεσιών από ένα Ιατρό ειδικότητας ΠΕ Γενικής Ιατρικής ή Παθολογίας για την κάλυψη αναγκών του Παραρτήματος ΑμεΑ Ρεθύμνου του Κέντρου Κοινωνικής Πρόνοιας Περιφέρειας Κρήτης για χρονικό διάστημα ενός (1) έτους | |
| **ΚΑΘΗΚΟΝΤΑ ΙΑΤΡΟΥ.**  (4 επισκέψεις την εβδομάδα – 4,5 ώρες κάθε επίσκεψης) | 1. Ιατρική Εξέταση των ασθενών - περιθαλπόμενων.  2. Ενημέρωση ατομικών φακέλων περιθαλπόμενων.  3. Ενημέρωση βιβλίου παρακολούθησης – επισκεπτηρίου, μετά την εξέταση των περιθαλπόμενων.  4. Ρύθμιση φαρμακευτικής αγωγής και ειδικής φροντίδας ανάλογα με τις ανάγκες των περιθαλπόμενων.  5. Συνταγογράφηση φαρμάκων και εργαστηριακών - ακτινολογικών εξετάσεων.  6. Συνεργασία διεπιστημονική και συνεργασία με το προσωπικό του Νοσηλευτικού Τμήματος.  7.΄ Έκδοση ηλεκτρονικών Γνωματεύσεων για τον ΕΟΠΥΥ προς είσπραξη νοσηλίων.  8. Αναγκαία παρουσία σε περίπτωση έκτακτου περιστατικού  9. Παραπομπή των ασθενών στα κατάλληλα για την πάθηση Νοσηλευτικά Ιδρύματα όταν αυτή απαιτείται..  10. Εξέταση του Ιατρικού φακέλου κατά την διαδικασία εισαγωγής και σχετική εισήγηση.  11. Χορήγηση παραπεμπτικών για Ιατρικές εξετάσεις.  12. Έκδοση πιστοποιητικών θανάτου ηλικιωμένων.  13. Διενέργεια rapid-test και καταχώρηση αποτελεσμάτων, όπου απαιτείται από τα ισχύοντα υγειονομικά πρωτόκολλα.  14. Ο Ιατρός είναι υποχρεωμένος για κάθε επίσκεψη να συντάσσει ατομικό φύλλο ιατρικής εξέτασης το οποίο καταγράφεται σε ειδικό βιβλίο, όπου θα αναγράφει, πέρα των άλλων, το είδος της πάθησης και την σχετική αγωγή που του χορήγησε, και το οποίο και θα παραμένει στο αρχείο του Παραρτήματος . Επίσης ο Ιατρός οφείλει να προβαίνει σε οιαδήποτε άλλη ενδεδειγμένη ιατρική πράξη με βάση τις επιστημονικές γνώσεις και τα διδάγματα της Ιατρικής Επιστήμης, να τηρεί την Ιατρική Ηθική και Δεοντολογία και το ιατρικό απόρρητο των ασθενών – περιθαλπόμενων του Παραρτήματος ΑμεΑ Ρεθύμνου.  15. Οφείλει να τηρεί τον Κώδικα Δεοντολογίας των Ιατρών , καθώς και το απόρρητο των περιθαλπόμενων.  16. Απαγορεύεται να ανακοινώνει προς οποιονδήποτε τρίτο και να δημοσιοποιεί με οποιοδήποτε τρόπο στοιχεία που αφορούν στην διοίκηση και εν γένει στην λειτουργία του Παραρτήματος, καθώς και να ανακοινώνει προς οποιονδήποτε τρίτο και να δημοσιοποιεί με οποιοδήποτε τρόπο στοιχεία των περιθαλπόμενων.  17. Ο Ιατρός θα υπάγεται στις αποφάσεις της Διοίκησης και τυχόν άρνηση εκτέλεσης εργασίας, ή μη τήρηση των όρων της συμβάσεως, η παρούσα σύμβαση ακυρώνεται και απομακρύνεται αυτοδίκαια από το Παράρτημα. | |
| **ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΧΡΟΝΙΚΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ :** | (1) ένα έτος από την υπογραφή της Σύμβασης | |
| **ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΚΟΣΤΟΣ**  **(η υπηρεσία δεν υπόκειται σε ΦΠΑ)** | Αριθμητικώς: | …………………………………………….,…………… € |
| Ολογράφως: | ………………………………………………………………………………………………….ευρώ |

***\*Η προσφερόμενη τιμή ΔΕΝ δύναται να υπερβαίνει το ύψος της προϋπολογισθείσας δαπάνης.***

Η παρούσα οικονομική προσφορά ισχύει για **εκατόν ογδόντα (180) ημέρες** από την επόμενη της διενέργειας της πρόσκλησης εκδήλωσης ενδιαφέροντος.

Αφού έλαβα γνώση των όρων της με αρ. πρωτ. την αρ. πρωτ.: οικ. 2030/25-11-2024 «Πρόσκλησης εκδήλωσης ενδιαφέροντος για την ανάδειξη αναδόχου για παροχή ιατρικών υπηρεσιών από Ιατρό ειδικότητας ΠΕ Γενικής Ιατρικής ή Παθολογίας για την κάλυψη επιτακτικών αναγκών του Παραρτήματος ΑμεΑ Ρεθύμνου του Κέντρου Κοινωνικής Πρόνοιας Περιφέρειας Κρήτης για χρονικό διάστημα ενός έτους, δηλώνω ότι τους αποδέχομαι πλήρως και χωρίς επιφύλαξη.

|  |  |
| --- | --- |
| **Ημερομηνία: …………………….** | **Για τον υποψήφιο ανάδοχο**  *Σφραγίδα/ Ψηφιακή Υπογραφή*  (Ονοματεπώνυμο) |

**ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι : ΥΠΟΔΕΙΓΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΡΟΣΦΟΡΑΣ ΠΑΙΔΙΑΤΡΟΥ**

|  |
| --- |
| **Προς το:** |
| Κέντρο Κοινωνικής Πρόνοιας Περιφέρειας Κρήτης |
| Τμήμα Προμηθειών |
| Υπόψη Επιτροπής διαγωνισμού |

|  |  |
| --- | --- |
| **ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΡΟΣΦΕΡΟΝΤΟΣ** | |
| **ΕΠΩΝΥΜΙΑ ΠΡΟΣΦΕΡΟΝΤΟΣ:** |  |
| **ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ-ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ:** |  |
| **ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ, Τ.Κ, ΠΟΛΗ ΕΔΡΑΣ:** |  |
| **ΤΗΛΕΦΩΝΑ/ Ε-ΜΑΙL:** |  |
| **ΑΦΜ & Δ.Ο.Υ.:** |  |
| **Α.Δ.Τ:** |  |

Ο υπογράφων (Όνομα – Επώνυμο - Πατρώνυμο-……………………………………………………………………………

Α.Δ.Τ.)......................... αναφορικά με την αρ. πρωτ.: οικ. 2030/25-11-2024 «Πρόσκληση εκδήλωσης ενδιαφέροντος για την ανάδειξη αναδόχου για παροχή ιατρικών υπηρεσιών από έναν (1) **Ιατρό ειδικότητας ΠΕ Παιδιάτρου** για την κάλυψη αναγκών του Παραρτήματος Αποθεραπείας και Αποκατάστασης Παιδιών με Αναπηρία Ηρακλείου (και Πόμπιας), συνολικής διάρκειας ενός (1) έτους, προϋπολογισθείσας δαπάνης #14.400,00€# (η υπηρεσία δεν υπόκειται σε ΦΠΑ) με κριτήριο κατακύρωσης την πλέον συμφέρουσα από οικονομική άποψη προσφορά, αποκλειστικά βάσει τιμής» (στο σύνολο των υπηρεσιών).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ΣΥΝΟΠΤΙΚΟΣ ΠΙΝΑΚΑΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΡΟΣΦΟΡΑΣ** | | |
| **ΕΙΔΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ:** | παροχή ιατρικών υπηρεσιών από έναν (1) Ιατρό ειδικότητας ΠΕ Παιδιάτρου για την κάλυψη αναγκών του Παραρτήματος Αποθεραπείας και Αποκατάστασης Παιδιών με Αναπηρία Ηρακλείου (και Πόμπιας), συνολικής διάρκειας ενός (1) έτους. | |
| **ΚΑΘΗΚΟΝΤΑ ΙΑΤΡΟΥ.**  (5 επισκέψεις την εβδομάδα - 5 ώρες κάθε επίσκεψης) | 1. Κλινική εξέταση παιδιών, σε φάση οξέος νοσήματος (όπως π.χ., πυρετός, φαρυγγαλγία, πόνος κτλ.). 2. Κλινική εξέταση παιδιών, σε φάση υγείας (παρακολούθηση της σωματικής ανάπτυξης, συμβουλευτική γονέων).Ενημέρωση βιβλίου παρακολούθησης – επισκεπτηρίου, μετά την εξέταση των περιθαλπόμενων. 3. Ενημέρωση - Επικαιροποίηση των Ατομικών Ιατρικών Φακέλων των εξυπηρετούμενων παιδιών, οι οποίοι θα τηρούνται και θα παραμένουν στο Παράρτημα ως Ιατρικό Αρχείο. Εφόσον η εξέταση πραγματοποιείται λόγω οξέως νοσήματος, στο φάκελο οφείλει να αναγράφεται η διάγνωση-πάθηση, οι ιατρικές οδηγίες που εδόθησαν, η τυχόν χορηγούμενη φαρμακευτική αγωγή για αυτήν, καθώς και η τυχόν παραπομπή σε νοσηλευτικό ίδρυμα, αν αυτό κριθεί απαραίτητο. Αν η εξέταση πραγματοποιείται σε κατάσταση μη-οξείας νόσησης, καταγράφεται το χρόνιο νόσημα του παιδιού για το οποίο παρακολουθεί το πρόγραμμα και επιδέχεται τις υπηρεσίες του Παραρτήματος, τυχόν συνοσηρότητες, η χρόνια φαρμακευτική του αγωγή εφόσον λαμβάνει και τέλος θα λαμβάνει χώρα η συλλογή-επικαιροποίηση του ιατρικού φακέλου με βάση τα προσκομιζόμενα από τον κηδεμόνα εκάστοτε ιατρικά έγγραφα. 4. Έλεγχος εμβολιαστικής κάλυψης - διενέργεια εμβολιασμών. 5. Συνταγογράφηση φαρμάκων και εμβολίων. 6. Συνταγογράφηση εργαστηριακών εξετάσεων (γενική αίματος κτλ). 7. Παροχή πρώτων βοηθειών σε επείγοντα περιστατικά που αφορούν τα εξυπηρετούμενα παιδιά. 8. Προαγωγή των δράσεων για την υγεία (ενημέρωση γονέων και θεραπευτών – προσωπικού, για τρέχοντα ιατρικά θέματα). 9. Χορήγηση παραπεμπτικών για Ιατρικές εξετάσεις. 10. Παραπομπή των ασθενών στα κατάλληλα για την πάθηση Νοσηλευτικά Ιδρύματα όταν αυτή απαιτείται 11. Επιδημιολογική επιτήρηση. 12. Στο πλαίσιο των όποιων κοινωνικών δραστηριοτήτων του Παραρτήματος προς στην Κοινότητα (όπως π.χ., αθλητικοί αγώνες, εξωτερικά κοινωνικά προγράμματα, εκδρομές, ξεναγήσεις, κοινωνικές εκδηλώσεις) ο Παιδίατρος μπορεί να παραβρίσκεται προληπτικά σε αυτές, εφόσον και μόνο συμμετέχουν τα εξυπηρετούμενα παιδιά του Παραρτήματος, και εφόσον οι δραστηριότητες αυτές λαμβάνουν χώρα στο εκάστοτε ισχύον ωράριο λειτουργίας του Παραρτήματος κατά την διάρκεια της σύμβασης μίσθωσης έργου παροχής ιατρικών υπηρεσιών εκ του παιδιάτρου. 13. Το προσωπικό του Παραρτήματος δεν συμπεριλαμβάνονται στις αρμοδιότητες του παιδιάτρου. Εξαίρεση αποτελεί η παροχή πρώτων βοηθειών, ασχέτως ηλικίας, αν αυτό κριθή απαραίτητο. 14. Συνεργασία διεπιστημονική και συνεργασία με το προσωπικό του ΠΑΑΠΑΗΚ (Ηρακλείου και Πόμπιας) 15. Συμμετοχή σε όλα τα προγράμματα του Παραρτήματος. 16. Αναγκαία παρουσία σε περίπτωση έκτακτου περιστατικού 17. Ο/Η Παιδίατρος οφείλει να προβαίνει σε οποιαδήποτε άλλη ενδεδειγμένη ιατρική πράξη, με βάση τις επιστημονικές γνώσεις και τα διδάγματα της ιατρικής επιστήμης, να τηρεί την ιατρική ηθική και δεοντολογία των Ιατρών ειδικότητας ΠΕ Παιδιάτρων και το ιατρικό απόρρητο των ασθενών - περιθαλπόμενων του Παραρτήματος Αποθεραπείας και Αποκατάστασης Παιδιών με Αναπηρία Ηρακλείου Κρήτης (και Πόμπιας). 18. Απαγορεύεται να ανακοινώνει προς οποιονδήποτε τρίτο και να δημοσιοποιεί με οποιοδήποτε τρόπο στοιχεία που αφορούν στην διοίκηση και εν γένει στην λειτουργία του ΠΑΑΠΑΗΚ (Ηρακλείου και Πόμπιας) καθώς και να ανακοινώνει προς οποιονδήποτε τρίτο και να δημοσιοποιεί με οποιοδήποτε τρόπο στοιχεία των περιθαλπόμενων. 19. Ο Ιατρός ειδικότητας Παιδιάτρου θα υπάγεται στις αποφάσεις της Διοίκησης και τυχόν άρνηση εκτέλεσης εργασίας, ή μη τήρηση των όρων της συμβάσεως, η παρούσα σύμβαση ακυρώνεται και απομακρύνεται αυτοδίκαια από το Παράρτημα. | |
| **ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΧΡΟΝΙΚΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ :** | Ένα (1) έτος από την υπογραφή της Σύμβασης | |
| **ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΚΟΣΤΟΣ**  **(η υπηρεσία δεν υπόκειται σε ΦΠΑ)** | Αριθμητικώς: | …………………………………………….,…………… € |
| Ολογράφως: | ………………………………………………………………………………………………….ευρώ |

***\*Η προσφερόμενη τιμή ΔΕΝ δύναται να υπερβαίνει το ύψος της προϋπολογισθείσας δαπάνης.***

Η παρούσα οικονομική προσφορά ισχύει για **εκατόν ογδόντα (180) ημέρες** από την επόμενη της διενέργειας της πρόσκλησης εκδήλωσης ενδιαφέροντος.

Αφού έλαβα γνώση των όρων της με αρ. πρωτ. την αρ. πρωτ.: οικ. 2030/25-11-2024 «Πρόσκλησης εκδήλωσης ενδιαφέροντος για την ανάδειξη αναδόχου για παροχή ιατρικών υπηρεσιών από έναν (1) Ιατρό ειδικότητας ΠΕ Παιδιάτρου για την κάλυψη επιτακτικών αναγκών του Παραρτήματος Αποθεραπείας και Αποκατάστασης Παιδιών με Αναπηρία Ηρακλείου (και Πόμπιας) του Κέντρου Κοινωνικής Πρόνοιας Περιφέρειας Κρήτης για χρονικό διάστημα ενός (1) έτους, δηλώνω ότι τους αποδέχομαι πλήρως και χωρίς επιφύλαξη.

|  |  |
| --- | --- |
| **Ημερομηνία: …………………….** | **Για τον υποψήφιο ανάδοχο**  *Σφραγίδα/Ψηφιακή Υπογραφή*  (Ονοματεπώνυμο) |

**ΑΠΑΙΤΗΣΕΙΣ- ΟΔΗΓΙΕΣ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΗΣ**

**Γενικές απαιτήσεις οικονομικής προσφοράς**

Τιμές προσφορών

Το τίμημα της προσφοράς κάθε προσφέροντος θα δοθεί με μια και μοναδική τιμή σύμφωνα με τις παρακάτω οδηγίες. Ακριβέστερα, ως εξής:

* Οι τιμές της προσφοράς θα δίδονται σε Ευρώ. Στην τιμή περιλαμβάνονται οι υπέρ τρίτων κρατήσεις, ως και κάθε άλλη επιβάρυνση, σύμφωνα με την κείμενη νομοθεσία, (η υπηρεσία δεν υπόκειται σε Φ.Π.Α., για την παροχή των υπηρεσιών στον τόπο και με τον τρόπο που προβλέπεται στην παρούσα.

Επιπλέον, θα περιλαμβάνονται οι αμοιβές, σύμφωνα με τα ειδικότερα προβλεπόμενα στην παρούσα διακήρυξη (ενδεικτικά, έξοδα μεταφοράς, έξοδα μετακίνησης, κλπ.), και για το ζητούμενο διάστημα, δηλαδή για τέσσερις (4) μήνες).

* Οι τιμές της προσφοράς είναι δεσμευτικές για τον Ανάδοχο. Αποκλείεται η αναπροσαρμογή ή αναθεώρηση των τιμών της προσφοράς ή οποιαδήποτε αξίωση του αναδόχου πέραν του αντιτίμου για τις υπηρεσίες, που θα παρέχει στην Αναθέτουσα Αρχή, βάσει των τιμών της προσφοράς του και θα ισχύουν και θα δεσμεύουν τον Ανάδοχο μέχρι την πλήρη εκτέλεση της σύμβασης.
* Οι τιμές των προσφορών δεν υπόκεινται σε μεταβολή κατά τη διάρκεια ισχύος της προσφοράς.
* Η τιμή για καθένα από τα πεδία του παραπάνω πίνακα θα είναι μια και μοναδική και θα αναλύεται επαρκώς και με σαφήνεια ο προσδιορισμός αυτής της τιμής. Οι υπολογισμοί θα πρέπει να γίνονται με τη δέουσα προσοχή και ακρίβεια, για να είναι δυνατή η επαλήθευση τους, προκειμένου να καθίσταται δυνατόν να ελεγχθεί το ύψος της προσφερόμενης τιμής.
* Οποιαδήποτε μεταβολή στην ισχύουσα νομοθεσία (συμπεριλαμβανομένου εργατικής και ασφαλιστικής) που διέπει την παρούσα πρόσκληση/σύμβαση αφενός είναι δεσμευτική για τον Ανάδοχο ο οποίος και οφείλει να εφαρμόσει τις τυχόν αλλαγές άμεσα με δική του ευθύνη και επιμέλεια, αφετέρου δεν δύναται σε καμία περίπτωση η μεταβολή αυτή να προκαλέσει οποιαδήποτε πρόσθετη οικονομική επιβάρυνση για την Αναθέτουσα Αρχή.
* Η συνολική αξία (η υπηρεσία δεν υπόκειται σε ΦΠΑ)θα λαμβάνεται υπόψη για τη σύγκριση των προσφορών η οποία θα αφορά το συνολικό χρονικό διάστημα της παροχής υπηρεσιών ενός (1) έτους.
* Επιτρέπονται μέχρι δύο δεκαδικά ψηφία στις αναγραφόμενες τιμές του εντύπου οικονομικής προσφοράς. Το ποσό στο πεδίο [ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΚΟΣΤΟΣ (η υπηρεσία δεν υπόκειται σε ΦΠΑ)– θα στρογγυλοποιούνται σε δυο (2) δεκαδικά ψηφία, προς τα άνω εάν το τρίτο (3ο) δεκαδικό ψηφίο είναι ίσο ή μεγαλύτερο του πέντε (5) και προς τα κάτω εάν είναι μικρότερο του πέντε (5).

1. Το έντυπο της οικονομικής προσφοράς για παροχή ιατρικών υπηρεσιών **θα φέρει ψηφιακή υπογραφή.**
2. Οι παραπάνω πίνακες συμπληρώνονται (χωρίς να τροποποιηθεί η μορφή τους), σύμφωνα με τα ανωτέρω και σύμφωνα με τα όσα ορίζονται στην υπ’ αριθμό πρωτ.: οικ. 2030/25-11-2024 Πρόσκληση εκδήλωσης ενδιαφέροντος.