



ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΑΚΙΝΗΤΩΝ ΔΗΜΟΣΙΟΥ Α.Ε.

Υποκατάστημα: Ι. Π. Καϊάφα
Λουτρά Καϊάφα – Ζαχάρω Ηλείας
Τ. Κ. 27054
Πληροφορίες: Ν. Λευκαδίτης
Δ. Κάνιστρας
Τηλέφωνα: 2625031710
2625031707
Fax : 2625031709
Email: kaiafas@etasa.gr

Λ. Καϊάφα: 11 Μαΐου 2018.

Αριθ. Πρωτ.: 111.

**Προς: 1. Ιατρικό Σύλλογο Πύργου –
Ολυμπίας
2. Ιατρικό Σύλλογο Πατρών**

Πρόσκληση Υποβολής Προσφορών για την Παροχή Ιατρικών Υπηρεσιών στην Ιαματική Πηγή Καϊάφα.

Στο πλαίσιο λειτουργίας του Υποκαταστήματος Ιαματική Πηγή Καϊάφα κατά την τρέχουσα λουτρική περίοδο και προκειμένου για την κάλυψη παροχής ιατρικών υπηρεσιών όπως οι κείμενες διατάξεις ορίζουν, καλούμε όποιον Ιατρό ενδιαφέρεται όπως υποβάλλει έως και την Πέμπτη 17 Μαΐου 2018, σύμφωνα με το επισυναπτόμενο έντυπο, την προσφορά του για την παροχή ιατρικών υπηρεσιών στην Ιαματική Πηγή Καϊάφα.

Σας ενημερώνουμε ότι θα προκριθεί ο Ιατρός που θα υποβάλλει την χαμηλότερη οικονομική προσφορά για τις ζητούμενες ιατρικές υπηρεσίες.

Σε περίπτωση που οι Οικονομικές Προσφορές είναι όμοιες, η Σύμβαση θα ανατεθεί κατόπιν κληρώσεως μεταξύ των διαγωνιζομένων που έχουν υποβάλει ίδιου ύψους οικονομική προσφορά, παρουσία όλων των διαγωνιζομένων.

Βάσει της κίνησης πελατών και του ωραρίου λειτουργίας των προηγούμενων ετών στην Ιαματική Πηγή Καϊάφα, σας ενημερώνουμε ότι για τη λειτουργία της είναι απαραίτητη η παρουσία δύο (2) Ιατρών για τη χρονική περίοδο 01/06/2018 έως 15/11/2018 με ωράριο λειτουργίας από 08:00 πμ έως 20:00 μμ.

Επισημαίνουμε ότι οι ιατρικές υπηρεσίες θα παρέχονται σε συνεργασία με τη Διεύθυνση του Υποκαταστήματος Ιαματικής Πηγής Καϊάφα.

Τέλος, σημειώνεται ότι το προσφερόμενο ποσό των εν λόγω παρεχόμενων υπηρεσιών για το χρονικό διάστημα από 01/06/2018 έως 31/10/2018 δεν δύναται να είναι μεγαλύτερο του συνολικού ποσού των 5.000,00 € και για

το χρονικό διάστημα από 01/07/2018 έως 15/11/2018 δεν δύναται να είναι μεγαλύτερο του συνολικού ποσού των 4.500,00 €, συμπεριλαμβανομένων όλων των νόμιμων κρατήσεων για τον/την Ιατρό.

Συνημμένα:

Το Σχετικό Τιμολόγιο Προσφοράς

**ΠΡΟΣΦΟΡΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΑΡΟΧΗ ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΣΤΟ ΥΔΡΟΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΟ
ΤΟΥ ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΗΜΑΤΟΣ: Ι. Π. ΚΑΪΆΦΑ**

Ο/Η κάτωθι υπογεγραμμένος/η Ιατρός.....
με ειδικότητα, κάτοικος
(Διεύθυνση, τηλέφωνο:.....,
κινητό τηλέφωνο:φαξ:, ΑΦΜ:.....,
Δ.Ο.Υ.) και έχοντας λάβει πλήρη γνώση των συνθηκών παροχής των
υπηρεσιών της παρούσας προσφοράς, δηλώνω ότι αναλαμβάνω την παροχή ιατρικών υπηρεσιών
στο Υδροθεραπευτήριο του Υποκαταστήματος Ι. Π. Καϊάφα, σύμφωνα με τα ακόλουθα:

1. ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΟ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ: Αναλαμβάνω την υποχρέωση να παρέχω στους λουόμενους του υδροθεραπευτηρίου του υποκαταστήματος Ιαματική Πηγή Καϊάφα, ιατρικές υπηρεσίες λουτρικής περιόδου 2018, που περιλαμβάνουν ενδεικτικά τα ακόλουθα:

- Την εξέταση στο ιατρείο του Υδροθεραπευτηρίου των λουομένων της Ιαματικής Πηγής Καϊάφα, προκειμένου να διαπιστωθεί αν τους επιτρέπει η υγεία τους να πραγματοποιήσουν τη λούση.
- Την έγγραφη, προηγούμενη των λούσεων των λουομένων, άδεια του καθώς και την υπογραφή του σχετικού Δελτίου Άδειας Υδροθεραπείας (Δ.Α.Υ.).
- Την παροχή Πρώτων Βοηθειών στους λουόμενους σε περιπτώσεις παθολογικών ή έκτατων περιστατικών, που λαμβάνουν χώρα εντός του Υδροθεραπευτηρίου.
- Την περίθαλψη και περιποίηση των λουομένων σε περιπτώσεις παθολογικών περιστατικών (π.χ. κρίση άσθματος, κρίση επιληψίας, αλλεργικό σοκ κλπ)
- Τη φαρμακευτική αντιμετώπιση σε περιπτώσεις κεφαλαλγίας, κοιλιακού άλγους, μυαλγίας, νευραλγίας, αρθραλγίας και οτιδήποτε άλλο χρήζει άμεσης Ιατρικής περίθαλψης.
- Την ειδοποίηση και ενημέρωση του ΕΚΑΒ σε περιπτώσεις που παρίσταται ανάγκη άμεσης μεταφοράς βαρύτερων περιπτώσεων σε νοσοκομεία ή κλινικές.

Επίσης δηλώνω ότι θα τηρώ την νομοθεσία των Μονάδων Ιαματικής Θεραπείας, των Κέντρων Ιαματικού Τουρισμού γενικά και ειδικά τη νομοθεσία που αφορά σε αυτούς που απασχολούνται με οποιαδήποτε σχέση στις παραπάνω Μονάδες .

2. ΧΡΟΝΟΣ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ: Οι ανωτέρω (παρ. 1) ιατρικές υπηρεσίες ενδεικτικά θα παρέχονται στο Υποκατάστημα Ιαματική Πηγή Καϊάφα για το χρονικό διάστημα από **01 Ιουνίου 2018** έως **31 Οκτωβρίου 2018** από Δευτέρα έως Κυριακή (συμπεριλαμβανομένων Κυριακών, αργιών, εορτών) και ώρες λειτουργίας του Υδροθεραπευτηρίου.

3. ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΠΡΟΣΦΟΡΑ: Για την παροχή των ανωτέρω αναφερομένων ιατρικών υπηρεσιών του Υποκαταστήματος Ι. Π. Καϊάφα (παράγραφος 1) η **μηνιαία** αμοιβή καθορίζεται ως ακολούθως:

- για το μήνα Ιούνιο ορίζεται στο ποσό των **ευρώ**
(€,.....) συμπεριλαμβανομένων νόμιμων κρατήσεων και φόρων,
- για το μήνα Ιούλιο ορίζεται στο ποσό των **ευρώ**
(€,.....) συμπεριλαμβανομένων νόμιμων κρατήσεων και φόρων,
- για το μήνα Αύγουστο ορίζεται στο ποσό των **ευρώ**
(€,.....) συμπεριλαμβανομένων νόμιμων κρατήσεων και φόρων,
- για το μήνα Σεπτέμβριο ορίζεται στο ποσό των **ευρώ**
(€,.....) συμπεριλαμβανομένων νόμιμων κρατήσεων και φόρων,
- για το μήνα Οκτώβριο ορίζεται στο ποσό των **ευρώ**
(€,.....) συμπεριλαμβανομένων νόμιμων κρατήσεων και φόρων,

και η **συνολική** αμοιβή ανέρχεται στο ποσό των ευρώ
.....**(€,.....)**
συμπεριλαμβανομένων νόμιμων κρατήσεων και φόρων

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

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

Γ. Η οικονομική προσφορά ισχύει μέχρι

3. ΤΡΟΠΟΣ ΠΛΗΡΩΜΗΣ: Η πληρωμή θα πραγματοποιείται εντός τριάντα (30) ημερών, μετά την έκδοση και προσκόμιση του νόμιμου κατά τον Κ.Φ.Α.Σ. παραστατικού στοιχείου υπηρεσιών και την έκδοση του σχετικού πρακτικού καλής εκτέλεσης εργασιών από το Υποκατάστημα.

Επισυνάπτονται αντίγραφο δελτίου ταυτότητας, βιογραφικό σημείωμα, αντίγραφο πτυχίου, 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 Ιαματική Πηγή Καϊάφα, θα προσκομίσω πριν την ημερομηνία έναρξης της παροχής υπηρεσιών την σχετική βεβαίωση έναρξης επιτηδεύματος.

.....
Ο/ Η ΙΑΤΡΟΣ

ΥΠΟΓΡΑΦΗ

Συνημμένα (και για τον υπογράφοντα ιατρό)

1. Βιογραφικό Σημείωμα
2. Αντίγραφο πτυχίου
3. Αντίγραφο Δελτίου Ταυτότητας
4. Αντίγραφο άδειας άσκησης επαγγέλματος
5. Βεβαίωση εγγραφής στον οικείο Ιατρικό Σύλλογο

**ΠΡΟΣΦΟΡΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΑΡΟΧΗ ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΣΤΟ ΥΔΡΟΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΟ
ΤΟΥ ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΗΜΑΤΟΣ: Ι. Π. ΚΑΪΆΦΑ**

Ο/Η κάτωθι υπογεγραμμένος/η Ιατρός.....
με ειδικότητα, κάτοικος
(Διεύθυνση, τηλέφωνο:.....,
κινητό τηλέφωνο:φαξ:, ΑΦΜ:.....,
Δ.Ο.Υ.) και έχοντας λάβει πλήρη γνώση των συνθηκών παροχής των
υπηρεσιών της παρούσας προσφοράς, δηλώνω ότι αναλαμβάνω την παροχή ιατρικών υπηρεσιών
στο Υδροθεραπευτήριο του Υποκαταστήματος Ι. Π. Καϊάφα, σύμφωνα με τα ακόλουθα:

1. ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΟ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ: Αναλαμβάνω την υποχρέωση να παρέχω στους
λουόμενους του υδροθεραπευτηρίου του υποκαταστήματος Ιαματική Πηγή Καϊάφα, ιατρικές
υπηρεσίες λουτρικής περιόδου 2018, που περιλαμβάνουν ενδεικτικά τα ακόλουθα:

- Την εξέταση στο ιατρείο του Υδροθεραπευτηρίου των λουομένων της Ιαματικής Πηγής Καϊάφα, προκειμένου να διαπιστωθεί αν τους επιτρέπει η υγεία τους να πραγματοποιήσουν τη λούση.
- Την έγγραφη, προηγούμενη των λούσεων των λουομένων, άδεια του καθώς και την υπογραφή του σχετικού Δελτίου Άδειας Υδροθεραπείας (Δ.Α.Υ.).
- Την παροχή Πρώτων Βοηθειών στους λουόμενους σε περιπτώσεις παθολογικών ή έκτατων περιστατικών, που λαμβάνουν χώρα εντός του Υδροθεραπευτηρίου.
- Την περίθαλψη και περιποίηση των λουομένων σε περιπτώσεις παθολογικών περιστατικών (π.χ. κρίση άσθματος, κρίση επιληψίας, αλλεργικό σοκ κλπ)
- Τη φαρμακευτική αντιμετώπιση σε περιπτώσεις κεφαλαλγίας, κοιλιακού άλγους, μυαλγίας, νευραλγίας, αρθραλγίας και οτιδήποτε άλλο χρήζει άμεσης Ιατρικής περίθαλψης.
- Την ειδοποίηση και ενημέρωση του ΕΚΑΒ σε περιπτώσεις που παρίσταται ανάγκη άμεσης μεταφοράς βαρύτερων περιπτώσεων σε νοσοκομεία ή κλινικές.

Επίσης δηλώνω ότι θα τηρώ την νομοθεσία των Μονάδων Ιαματικής Θεραπείας, των Κέντρων Ιαματικού Τουρισμού γενικά και ειδικά τη νομοθεσία που αφορά σε αυτούς που απασχολούνται με οποιαδήποτε σχέση στις παραπάνω Μονάδες .

2. ΧΡΟΝΟΣ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ: Οι ανωτέρω (παρ. 1) ιατρικές υπηρεσίες ενδεικτικά θα παρέχονται στο Υποκατάστημα Ιαματική Πηγή Καϊάφα για το χρονικό διάστημα από **01 Ιουλίου 2018** έως **15 Νοεμβρίου 2018** από Δευτέρα έως Κυριακή (συμπεριλαμβανομένων Κυριακών, αργιών, εορτών) και ώρες λειτουργίας του Υδροθεραπευτηρίου.

3. ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΠΡΟΣΦΟΡΑ: Για την παροχή των ανωτέρω αναφερομένων ιατρικών υπηρεσιών του Υποκαταστήματος Ι. Π. Καϊάφα (παράγραφος 1) η **μηνιαία** αμοιβή καθορίζεται ως ακολούθως:

- για το μήνα Ιούλιο ορίζεται στο ποσό των **ευρώ**
(€,.....) συμπεριλαμβανομένων νόμιμων κρατήσεων και φόρων,
- για το μήνα Αύγουστο ορίζεται στο ποσό των **ευρώ**
(€,.....) συμπεριλαμβανομένων νόμιμων κρατήσεων και φόρων,
- για το μήνα Σεπτέμβριο ορίζεται στο ποσό των **ευρώ**
(€,.....) συμπεριλαμβανομένων νόμιμων κρατήσεων και φόρων,
- για το μήνα Οκτώβριο ορίζεται στο ποσό των **ευρώ**
(€,.....) συμπεριλαμβανομένων νόμιμων κρατήσεων και φόρων,
- για το μήνα Νοέμβριο ορίζεται στο ποσό των **ευρώ**
(€,.....) συμπεριλαμβανομένων νόμιμων κρατήσεων και φόρων,
-

και η **συνολική** αμοιβή ανέρχεται στο ποσό των **ευρώ**
.....**(€,.....)**
συμπεριλαμβανομένων νόμιμων κρατήσεων και φόρων

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

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

Γ. Η οικονομική προσφορά ισχύει μέχρι

3. ΤΡΟΠΟΣ ΠΛΗΡΩΜΗΣ: Η πληρωμή θα πραγματοποιείται εντός τριάντα (30) ημερών, μετά την έκδοση και προσκόμιση του νόμιμου κατά τον Κ.Φ.Α.Σ. παραστατικού στοιχείου υπηρεσιών και την έκδοση του σχετικού πρακτικού καλής εκτέλεσης εργασιών από το Υποκατάστημα.

Επισυνάπτονται αντίγραφο δελτίου ταυτότητας, βιογραφικό σημείωμα, αντίγραφο πτυχίου, 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 Ιαματική Πηγή Καϊάφα, θα προσκομίσω πριν την ημερομηνία έναρξης της παροχής υπηρεσιών την σχετική βεβαίωση έναρξης επιτηδεύματος.

Ημερομηνία:

Ο/ Η ΙΑΤΡΟΣ

ΥΠΟΓΡΑΦΗ

Συνημμένα (και για τον υπογράφοντα ιατρό)

1. Βιογραφικό Σημείωμα
2. Αντίγραφο πτυχίου
3. Αντίγραφο Δελτίου Ταυτότητας
4. Αντίγραφο άδειας άσκησης επαγγέλματος
5. Βεβαίωση εγγραφής στον οικείο Ιατρικό Σύλλογο