



**Γραφείο Προμηθειών**

Πληρ: Μ. Μαρούλη

Τηλ.: 2313 32.3115, fax: 2313 32.3969

Ηλεκτρ. Δ/ση: [pr.papageorgiou@gmail.com](mailto:pr.papageorgiou@gmail.com)

**ΑΝΑΡΤΗΤΕΟ ΣΤΟ ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ**

Θεσσαλονίκη, 09/10/2018

Αρ. Πρωτ.: **46.574**

**ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ ΓΙΑ ΤΗ ΣΥΝΑΨΗ ΣΥΜΒΑΣΗΣ ΕΡΓΟΥ ΜΕ ΤΕΧΝΙΤΗ  
ΗΛΕΚΤΡΟΛΟΓΟ (α/α Τ.01.18).**

Το Νοσοκομείο, ύστερα από την υπ' αριθ. 521<sup>η</sup>/27.09.2018 (Θέμα 8<sup>ο</sup>) απόφαση του Διοικητικού του Συμβουλίου, προτίθεται να αναθέσει με σύμβαση έργου τα καθήκοντα ηλεκτροτεχνίτη – εργοδηγού ηλεκτρολόγου - συντηρητή ηλεκτρολογικών εγκαταστάσεων, σε άτομο που θα συγκεντρώνει τα παρακάτω αναφερόμενα τυπικά και ουσιαστικά προσόντα.

**1. ΤΥΠΙΚΑ ΠΡΟΣΟΝΤΑ**

Οι υποψήφιοι θα πρέπει να είναι ηλικίας 25-50 ετών και να διαθέτουν:

- 1.1. Πτυχίο ή απολυτήριο τίτλο ομώνυμου ΙΕΚ ή Τεχνικού Επαγγελματικού Εκπαιδευτηρίου Α΄ ή Β΄ κύκλου σπουδών ή Ενιαίου Πολυκλαδικού Λυκείου ή Τεχνικού Επαγγελματικού Λυκείου ή Τεχνικών Επαγγελματικών Σχολών δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης ή σχολών μαθητείας του ΟΑΕΔ του Ν.1346/1983 ή άλλος ισότιμος τίτλος σχολικών μονάδων της ημεδαπής ή αλλοδαπής, αντίστοιχης ειδικότητας. Γίνονται δεκτά και πτυχία ανωτέρων σχολών (Τ.Ε.Ι. κλπ.) αντίστοιχης ειδικότητας.
- 1.2. Άδειες άσκησης επαγγέλματος εγκαταστάτη ή συντηρητή ηλεκτρολόγου Α΄, Γ΄ και ΣΤ΄ ειδικότητας.
- 1.3. Σε ισχύ δήλωση έναρξης επιτηδεύματος σε αρμόδια δημόσια οικονομική υπηρεσία (ΔΟΥ) με αντικείμενο (ΚΑΔ) παρεμφερές προς την συγκεκριμένη απασχόληση. Σε περίπτωση που ο ενδιαφερόμενος δεν διαθέτει το συγκεκριμένο προσόν, θα πρέπει να υποβάλει μαζί με την αίτηση υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 του Ν.1599/1986, ότι θα προβεί στις απαραίτητες ενέργειες δήλωσης έναρξης επιτηδεύματος ευθύς μετά την επιλογή του και πριν την υπογραφή της σύμβασης ανάθεσης έργου.

**2. ΠΡΟΣΘΕΤΑ ΠΡΟΣΟΝΤΑ – ΒΑΘΜΟΛΟΓΗΣΗ ΑΙΤΗΣΕΩΝ**

Είναι επιθυμητά και θα συνεκτιμηθούν τα παρακάτω πρόσθετα προσόντα:

- 2.1. Καλή γνώση της Αγγλικής ή της Γερμανικής γλώσσας, που θα αποδεικνύεται με πτυχίο LOWER CERTIFICATE για την Αγγλική και ZERTIFIKAT B2 ή ZDfD για τη Γερμανική γλώσσα, αναγνωρισμένου αλλοδαπού εκπαιδευτικού ιδρύματος ή ισοδύναμο ή/και ανώτερο (LOWER/ZERTIFIKAT B2 = ικανοποιητικά, PROFICENCY / ZERTIFIKAT C1 ή MITTEL STUFEN = μέγιστα).
- 2.2. Επάρκεια γνώσης χειρισμού ηλεκτρονικών υπολογιστών, που θα αποδεικνύεται με πιστοποιητικό ECDL ή AKTA ή ισοδύναμο (επάρκεια για MS Office= ικανοποιητικά & για Internet browsers= μέγιστα).

2.3. Εμπειρία σε κατασκευή ή/και συντήρηση ηλεκτρολογικών εγκαταστάσεων σε νοσηλευτικά ιδρύματα, δημόσια ή ιδιωτικά, που θα αποδεικνύεται με κατάλληλες βεβαιώσεις ή αντίγραφα συμβάσεων ή τιμολογίων (συνολική εμπειρία έργων/συντηρήσεων 20.000-60.000 € = ικανοποιητικά, >60.000 € = μέγιστα).

2.4. Τα ως άνω προσόντα βαθμολογούνται, για τις ανάγκες της αξιολόγησης, ως εξής:

ΒΑΘΜΟΛΟΓΟΥΜΕΝΟ ΠΡΟΣΟΝ	ΒΑΘΜΟΛΟΓΗΣΗ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΟ ΚΑΤΑ ΠΟΣΟ Ο ΑΙΤΩΝ ΔΙΑΘΕΤΕΙ ΤΟ ΠΡΟΣΟΝ		
	ΚΑΘΟΛΟΥ	ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΤΙΚΑ	ΜΕΓΙΣΤΑ
Γνώση Αγγλικής ή Γερμανικής γλώσσας	1,0	1,2	1,4
Επάρκεια χειρισμού Η/Υ	1,0	1,3	1,6
Εμπειρία σε κατασκευές/συντηρήσεις νοσηλευτικών μονάδων	1,0	1,5	2,0

### 3. ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ – ΕΠΙΛΟΓΗ

3.1. Οι ενδιαφερόμενοι – υποψήφιοι συμβασιούχοι θα πρέπει να συνοδεύουν την αίτησή τους με όλα τα απαιτούμενα δικαιολογητικά για την τεκμηρίωση των τυπικών και πρόσθετων προσόντων των ως άνω άρθρων 1 & 2, καθώς επίσης και με **Υπεύθυνη Δήλωση** ότι έχουν λάβει πλήρως γνώση και συμφωνούν με τους όρους της παρούσης διακήρυξης.

3.2. Θα πρέπει επίσης να αναφέρουν στην αίτησή τους, ολογράφως και αριθμητικά, την **μηνιαία προ ΦΠΑ αμοιβή** που επιθυμούν να λαβαίνουν, η οποία δεν μπορεί να είναι ανώτερη του ποσού των 1.500 € και κατώτερη του ποσού των 1.150 € (πλέον ΦΠΑ).

3.3. Αιτήσεις που δεν συνοδεύονται από επαρκή τεκμηρίωση των τυπικών προσόντων του άρθρου 1 ή που καθορίζουν αμοιβή εκτός των ορίων της προηγούμενης παραγράφου απορρίπτονται.

3.4. Αιτήσεις που δεν συνοδεύονται από επαρκή τεκμηρίωση κάποιου εκ των πρόσθετων και βαθμολογούμενων προσόντων του άρθρου 2 βαθμολογούνται με τον βαθμό 1,0 για το προσόν αυτό.

3.5. Θα επιλεγεί ο υποψήφιος συμβασιούχος που θα παρουσιάσει την χαμηλότερη ανηγμένη συμβατική μηνιαία αμοιβή **Τα= Πα/Σοπ**, όπου:

- **Πα** είναι η προσφερόμενη μηνιαία αμοιβή της αίτησης.
- **Σοπ** είναι το άθροισμα βαθμολόγησης των πρόσθετων προσόντων, που συγκεντρώνει ο συγκεκριμένος υποψήφιος με βάση τον πίνακα της παρ. 2.4.

3.6. Μετά την ανάδειξη του συμβασιούχου και πριν την υπογραφή της σύμβασης θα πρέπει ο υποψήφιος που επιλέχθηκε να καταθέσει:

- **Απόσπασμα ποινικού μητρώου** έκδοσης τουλάχιστον του τελευταίου τριμήνου, από το οποίο να προκύπτει ότι δεν έχουν καταδικασθεί για αδίκημα σχετικό με την άσκηση της επαγγελματικής τους δραστηριότητας.
- **Πιστοποιητικό** περί του ότι έχουν εκπληρωθεί οι φορολογικές υποχρεώσεις (φορολογική ενημερότητα) καταβολής, σύμφωνα με την ισχύουσα νομοθεσία.
- **Πιστοποιητικό** περί του ότι έχουν εκπληρωθεί οι υποχρεώσεις καταβολής των εισφορών κοινωνικής ασφάλισης, σύμφωνα με την ισχύουσα νομοθεσία.

#### 4. ΔΙΑΡΚΕΙΑ

Η διάρκεια της σύμβασης θα είναι **ένα (1) έτος**, δύναται όμως να παραταθεί, μονομερώς εκ μέρους του Νοσοκομείου, για ένα ακόμη τρίμηνο και για ένα επιπλέον τρίμηνο, μετά από κοινή συμφωνία των δύο μερών.

Σε περίπτωση που κατά την διάρκεια ισχύος της σύμβασης προσληφθεί εκ μέρους του Νοσοκομείου άλλο άτομο με την ίδια ειδικότητα, είτε ως επικουρικό είτε ως κανονικό προσωπικό, η σύμβαση λύεται αυτοδίκαια, αζημίως για αμφότερα τα μέρη.

#### 5. ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗ – ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

5.1. Ο συμβασιούχος τεχνικός που θα επιλεγεί και θα υπογράψει σύμβαση θα απασχολείται στο ηλεκτρολογικό συνεργείο της Τεχνικής Υπηρεσίας του Νοσοκομείου, στη βάση μηνιαίου προγράμματος εργασίας, επί είκοσι δύο (22) ημέρες ανά μήνα, εργάσιμες ή αργίες ή Σάββατα ή Κυριακές, για ένα 8ωρο την ημέρα.

5.2. Κατά τους δύο (2) πρώτους μήνες ισχύος της σύμβασης το ωράριο απασχόλησης θα είναι 07.00 έως 15.00. Στη συνέχεια και κατά την κρίση της υπηρεσίας το ωράριο απασχόλησης μπορεί να επεκταθεί είτε στην απογευματινή (15.00-23.00) είτε στη νυχτερινή (23.00-07.00) βάρδια, με δεδομένο ότι το Νοσοκομείο καλύπτει, με την φυσική παρουσία αδειούχου ηλεκτρολόγου, τις συναφείς του εγκαταστάσεις επί 24ωρο και για 365 ημέρες ανά έτος. Το σύνολο των ημερών νυχτερινής απασχόλησης δεν θα μπορεί να υπερβαίνει τις δέκα (10) ανά μήνα.

5.3. Η κατανομή Κυριακών και αργιών θα είναι σε αναλογία 1:5 περίπου.

5.4. Κατά τη συνολική ετήσια διάρκεια της σύμβασης ο συμβασιούχος δικαιούται αμειβόμενης απουσίας είκοσι δύο (22) εργάσιμων ημερών, στη βάση προγραμματισμού που θα συμφωνηθεί με τα αρμόδια στελέχη της Τεχνικής Υπηρεσίας. Σε περίπτωση παράτασης της σύμβασης, κατά τα οριζόμενα στο προηγούμενο άρθρο, το δικαίωμα αυτό του συμβασιούχου επεκτείνεται αναλογικά.

5.5. Ο συμβασιούχος τεχνικός θα εργάζεται υπό την εποπτεία των αρμόδιων στελεχών της Τεχνικής Διεύθυνσης του Νοσοκομείου, στις εντολές και τις οδηγίες των οποίων θα πρέπει να πειθαρχεί. Κάθε περίπτωση απειθαρχίας ή ανάρμοστης συμπεριφοράς προς τους ασθενείς ή τους συνοδούς τους ή το προσωπικό του Νοσοκομείου αποτελεί σοβαρό λόγο για την εκ μέρους του Νοσοκομείου καταγγελία της σύμβασης. Ομοίως σοβαρό λόγο καταγγελίας της σύμβασης αποτελεί η εκ μέρους του συμβασιούχου παραβίαση του ωραρίου εργασίας.

5.6. Ο συμβασιούχος τεχνικός θα πρέπει να επιδεικνύει ζήλο και προθυμία ως προς την εκτέλεση των καθηκόντων του, ιδιαίτερα εφόσον εργάζεται σε απογευματινή ή νυχτερινή βάρδια και να συμμορφώνεται προς τις διατάξεις του Εσωτερικού Κανονισμού Λειτουργίας του Νοσοκομείου, αντίγραφο του οποίου θα του δοθεί κατά την υπογραφή της σύμβασης.

#### 6. ΥΠΟΧΡΕΩΣΕΙΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ

Το Νοσοκομείο οφείλει και αναλαμβάνει:

6.1. Να παρέχει στον συμβασιούχο την απαραίτητη για την εκτέλεση των καθηκόντων του εκπαίδευση στις ηλεκτρολογικές εγκαταστάσεις ισχυρών και ασθενών ρευμάτων.

6.2. Να χορηγήσει στον συμβασιούχο τα απαραίτητα για την εργασία του είδη ένδυσης και υπόδησης, καθώς και τα βασικά εργαλεία ηλεκτρολόγου.

6.3. Την εξασφάλιση ανεμπόδιστης πρόσβασης του συμβασιούχου στους χώρους εκτέλεσης των καθηκόντων του.

## 7. ΑΜΟΙΒΗ – ΠΛΗΡΩΜΕΣ – ΕΙΣΦΟΡΕΣ

- 7.1. Ως ανώτερη μηνιαία αμοιβή του συμβασιούχου τεχνικού για την διεκπεραίωση των ως άνω υποχρεώσεων του καθορίζεται στο ποσό των **χιλίων πεντακοσίων ΕΥΡΩ (1.500 €)**, μη επιδεχόμενο οποιασδήποτε αναθεώρησης ή αναπροσαρμογής για οποιονδήποτε λόγο.
- 7.2. Στην ως άνω αμοιβή περιλαμβάνεται και η οποιασδήποτε μορφής αποζημίωση για απασχόληση του συμβασιούχου σε ημέρες Κυριακών και αργιών ή σε νυχτερινές ώρες.
- 7.3. Στην ως άνω αμοιβή επίσης θα περιλαμβάνονται οι κάθε φύσης ασφαλιστικές εισφορές, οι οποίες βαρύνουν αποκλειστικά τον συμβασιούχο.
- 7.4. Η μηνιαία αμοιβή θα κατατίθεται, κατά την τελευταία εργάσιμη μέρα κάθε μήνα, σε λογαριασμό της Τράπεζας Πειραιώς με πρώτο δικαιούχο τον συμβασιούχο, τα στοιχεία του οποίου θα γνωστοποιήσει στην υπηρεσία εντός δέκα (10) ημερών από την υπογραφή της σύμβασης.
- 7.5. Απαραίτητη προϋπόθεση για κάθε πληρωμή/κατάθεση είναι η προσκόμιση τιμολογίου παροχής υπηρεσιών και εν ισχύει πιστοποιητικών φορολογικής και ασφαλιστικής ενημερότητας, τουλάχιστον πέντε (5) εργάσιμες ημέρες πριν την ημερομηνία πληρωμής, όπως επίσης και Βεβαίωση από τον Διευθυντή της Τεχνικής Υπηρεσίας, για την εκτέλεση των εργασιών της σύμβασης.
- 7.6. Σε κάθε πληρωμή παρακρατείται φόρος εισοδήματος, κατά τα προβλεπόμενα από τις διατάξεις του Κ.Φ.Δ.
- 7.7. Ο ΦΠΑ των τιμολογίων βαρύνει το Νοσοκομείο, πέραν της ως άνω αμοιβής.

Η παρούσα πρόσκληση εκδήλωσης ενδιαφέροντος θα αναρτηθεί στην ιστοσελίδα του Νοσοκομείου και το ΚΗΜΔΗΣ. Θα κοινοποιηθεί επίσης προς ανάρτηση στο Σύνδεσμο Εργοληπών Ηλεκτρολόγων Νομού Θεσσαλονίκης (Σ.Ε.Η.Θ.) καθώς και στην Ένωση Ηλεκτροτεχνιτών Νομού Θεσσαλονίκης.

Οι ενδιαφερόμενοι πριν την υποβολή της προσφοράς τους, θα μπορούν να επισκέπτονται το Νοσοκομείο και να λάβουν γνώση των επί τόπου συνθηκών κατά τις εργάσιμες μέρες και ώρες, κατόπιν συνεννόησης με τον Διευθυντή της Τεχνικής Υπηρεσίας, κ. **Σοφιαλίδη Γρηγόριο**, τηλέφωνο επικοινωνίας **2313 32.3111**, καθώς και με τον κ. **Παπανικολάου Αστέριο**, τηλέφωνο επικοινωνίας **2313 32.3105**, με τους οποίους μπορούν επίσης να επικοινωνούν για τις όποιες διευκρινίσεις.

Οι ενδιαφερόμενοι θα πρέπει να καταθέσουν την Αίτηση τους συνοδευόμενη από την Οικονομική τους προσφορά καθώς και από τα ως ανωτέρω περιγραφόμενα έγγραφα (Υπεύθυνη Δήλωση και λοιπά απαιτούμενα δικαιολογητικά για την τεκμηρίωση των τυπικών και πρόσθετων προσόντων των ως άνω άρθρων 1 & 2), εντός σφραγισμένου φακέλου, στον οποίο θα πρέπει να αναγράφονται ευκρινώς ο τίτλος και ο α/α της πρόσκλησης, **στο Γραφείο Προμηθειών του Νοσοκομείου έως την ώρα 11.00 της 25<sup>ης</sup> Οκτωβρίου 2018 (ημέρα Πέμπτη).**

Ημερομηνία αποσφράγισης των Φακέλων: η 25<sup>η</sup> Οκτωβρίου 2018, ώρα 12.00 (ημέρα Πέμπτη).

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΟΥ Δ.Σ.

ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ ΠΑΠΑΣ