



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΕΘΝΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ
ΓΡΑΦΕΙΟ ΠΡΟΜΗΘΕΙΩΝ
 Λ.Φυλής 8^η στάση & Σπ. Θεολόγου 1
 ΙΛΙΟΝ Τ.Κ. 13122
 Πληροφορίες: Τσουκαλά Χριστίνα
 Τηλ. 213 2015276, φαξ 213 2015348
 ekaprom1@eka-hosp.gr

ΙΛΙΟΝ, 09 -05-2018
 Αριθ. πρωτ.: 3111

ΑΝΑΡΤΗΤΕΑ ΣΤΟ ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ
 ΚΑΙ ΣΤΟ ΚΗΜΔΗΣ
 ΑΡΙΘΜΟΣ ΔΙΑΚΗΡΥΞΗΣ
09/2018

ΕΝΟΙΚΙΑΣΗ ΤΗΛΕΟΡΑΣΕΩΝ

Προκήρυξη Πλειοδοτικού Διαγωνισμού

Το **ΕΘΝΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ** έχοντας υπόψη τις διατάξεις του Ν.4412/16(ΦΕΚ 147/Α) καθώς και την υπ' αριθμ. απόφαση ΔΣ 12/17-04-2018, θέμα 13, **προκηρύσσει** πλειοδοτικό διαγωνισμό για την ανάδειξη πλειοδότη που θα έχει το αποκλειστικό δικαίωμα, για δύο χρόνια, να ενοικιάζει τηλεοράσεις στους ασθενείς του και στους συνοδούς αυτών.

Οι ενδιαφερόμενοι πρέπει να καταθέσουν σφραγισμένη οικονομική προσφορά έως την Πέμπτη 24 Μαΐου 2018, ώρα 11.00 π.μ. στο Πρωτόκολλο του ΕΚΑ. Η αποσφράγιση των προσφορών θα γίνει την ίδια ημέρα, ώρα 12.00 στην αίθουσα του Διοικητικού Συμβουλίου του Νοσοκομείου.

1. ΤΕΧΝΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Το Νοσοκομείο ΕΚΑ έχει 127 κλίνες στις οποίες οι νοσηλευόμενοι επιτρέπεται να έχουν τηλεόραση. Σε όλες τις κλίνες νοσηλεύονται ασθενείς για αποκατάσταση.

Η μέση ετήσια πληρότητα είναι της τάξεως του 95%.

2. ΥΠΟΧΡΕΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ

Το Νοσοκομείο έχει υποχρέωση να μην επιτρέψει σε κανένα άλλον πλην του πλειοδότη να ενοικιάζει τηλεοράσεις σε νοσηλευόμενους ασθενείς και σε συνοδούς αυτών.

Το Νοσοκομείο έχει υποχρέωση να αναρτήσει, με ευθύνη και ενέργειές του, στο εσωτερικό της πόρτας κάθε νοσηλευτικού θαλάμου πινακίδα διαστάσεων Α4, πλαστικοποιημένη, από το κείμενο της οποίας θα προκύπτει με σαφήνεια η αποκλειστικότητα του πλειοδότη.

Στην πινακίδα αυτή θα αναγράφονται υποχρεωτικά οι ακόλουθες πληροφορίες:

- Αριθμός σύμβασης
- Φορολογικά στοιχεία του πλειοδότη
- Τηλέφωνα για επικοινωνία των ενδιαφερομένων με τον πλειοδότη
- Ελάχιστη χρέωση, με ΦΠΑ

Επιπλέον των ανωτέρω, θα αναγράφεται κάθε άλλο στοιχείο ή πληροφορία που επιθυμεί ο πλειοδότης, με έγκριση του Νοσοκομείου.

Τα έξοδα παραγωγής των εν λόγω πινακίδων βαρύνουν τον πλειοδότη.

3. ΥΠΟΧΡΕΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΠΛΕΙΟΔΟΤΗ

3.1 Προδιαγραφές τηλεοράσεων

Οι ενοικιαζόμενες τηλεοράσεις πρέπει να βρίσκονται σε καλή λειτουργική κατάσταση, να είναι έγχρωμες 16" έως 24" και να λειτουργούν με τηλεκοντρόλ.

3.2 Όροι ενοικίασης

Οι ενοικιαζόμενες τηλεοράσεις, εφεξής ενοικιαζόμενα είδη, θα παραδίδονται στο δωμάτιο του ασθενούς, με ευθύνη και μεταφορικά του πλειοδότη, που δεν έχει δικαίωμα να αρνηθεί.

Το μίσθωμα θα χρεώνεται στον ασθενή χωρίς τη μεσολάβηση του Νοσοκομείου, που δεν έχει ευθύνη για απώλεια, ζημία ή βλάβη των ενοικιαζόμενων ειδών ή για μη καταβολή μισθώματος από τον ασθενή.

Ενέργειες του πλειοδότη που τείνουν σε εξαναγκασμό ή πίεση του ασθενούς για ενοικίαση, απαγορεύονται, με ποινή ή διακοπή της σύμβασης.

Το Νοσοκομείο μπορεί να ελέγχει οποιαδήποτε στιγμή αν η τιμή χρέωσης στον ασθενή είναι η προβλεπόμενη από τη σύμβαση μεταξύ του Νοσοκομείου και του πλειοδότη.

Το Νοσοκομείο δεν έχει καμία ευθύνη ούτε υποχρέωση απέναντι στον πλειοδότη αν ασθενείς φέρουν ενοικιαζόμενα είδη ιδιοκτησίας τους ή αν προκύψουν διενέξεις ή διαφορές μεταξύ αυτού και των ασθενών.

Το Νοσοκομείο δεν έχει καμία ευθύνη απέναντι στον πλειοδότη για τυχόν οικονομικές ζημιές λόγω μη επίτευξης των στόχων του για ενοικιάσεις.

Ο πλειοδότης είναι υπόχρεος για την καταβολή τυχόν δικαιωμάτων υπέρ τρίτων, πχ υπέρ της Ανώνυμης Εταιρείας Προστασίας της Πνευματικής Ιδιοκτησίας (ΑΕΠΙ).

3.3 Έκδοση απόδειξης στον ασθενή

Ο πλειοδότης υποχρεούται να εκδίδει απόδειξη λιανικής πώλησης, με φορητή ταμειακή μηχανή, που θα την παραδίδει στον ασθενή ταυτόχρονα με την παράδοση των ενοικιαζόμενων ειδών.

Το Νοσοκομείο έχει δικαίωμα να ελέγχει οποιαδήποτε στιγμή τα στοιχεία της ταμειακής μηχανής.

Αν το Νοσοκομείο διαπιστώσει ότι δεν έχει εκδοθεί απόδειξη σε ασθενή, προειδοποιεί γραπτώς τον πλειοδότη ότι σε περίπτωση επανάληψης τίθεται άνευ εταίρου σε ενέργεια η διαδικασία που προβλέπεται από την ισχύουσα νομοθεσία, προκειμένου να κηρυχθεί έκπτωτος και να καταπέσει η εγγυητική επιστολή καλής εκτέλεσης.

4. ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ

Δικαίωμα συμμετοχής έχουν φυσικά ή νομικά πρόσωπα δημοσίου και ιδιωτικού δικαίου, συνεταιρισμοί, συμπράξεις, κοινοπραξίες και ενώσεις φυσικών ή/και νομικών προσώπων της ημεδαπής ή αλλοδαπής, που μπορούν να αποδείξουν με κάθε πρόσφορο τρόπο ότι έχουν γνώση και πείρα του αντικειμένου του διαγωνισμού.

5. ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ

Υπεύθυνη δήλωση της παρ. 4 του άρθρου 8 του ν. 1599/1986 (Α'75), όπως εκάστοτε ισχύει, στην οποία αναγράφονται τα στοιχεία του πλειοδοτικού διαγωνισμού και στην οποία ο προσφέρων δηλώνει ότι μέχρι και την ημέρα υποβολής της προσφοράς του:

α. Δεν τελεί σε πτώχευση ή σε διαδικασία κήρυξης πτώχευσης (περίπτωση 2, εδάφιο α της παραγράφου 2, του άρθρου 6 του ΠΔ 118/2007).

β. Δεν τελεί υπό κοινή εκκαθάριση του ΚΝ 2190/1920, όπως ισχύει, ή ειδική εκκαθάριση του Ν. 1892/1990, όπως ισχύει, ή υπό άλλες ανάλογες καταστάσεις.

γ. Είναι ενήμερος ως προς τις υποχρεώσεις του για εισφορές κοινωνικής ασφάλισης, αναφέροντας όλους τους φορείς στους οποίους καταβάλλει εισφορές, καθώς και ότι είναι ενήμερος ως προς τις φορολογικές του υποχρεώσεις.

δ. Αναλαμβάνει την υποχρέωση για την έγκαιρη και προσήκουσα προσκόμιση των δικαιολογητικών των παρ. 2 & 3 του άρθρου 6 του ΠΔ 118/2007, κατά περίπτωση και σύμφωνα με τις προϋποθέσεις του άρθρου 20 του ίδιου ΠΔ.

ε. Έλαβε γνώση των όρων της διακήρυξης και τους αποδέχεται ανεπιφύλακτα.

6. ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΟ ΠΡΟΣΦΟΡΩΝ

Στην έγγραφη πλειοδοτική προσφορά απαραίτητως θα αναφέρονται τα εξής:

Το μηνιαίο τίμημά που θα καταβάλει ο πλειοδότης στο Νοσοκομείο για το ενοικιαζόμενο είδος, συνολικά και αναλυτικά συμπεριλαμβανομένου ΦΠΑ 24%, το οποίο θα είναι σταθερό σε όλη τη διετή περίοδο ισχύος της σύμβασης.

Η προσφορά πρέπει να υποβληθεί σε δύο (2) αντίγραφα, μέσα σε σφραγισμένο φάκελο, στον οποίο θα αναγράφονται ευκρινώς οι παρακάτω ενδείξεις:

- Η λέξη ΠΡΟΣΦΟΡΑ.
- Η υπηρεσία που διενεργεί το διαγωνισμό (ΕΘΝΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ, ΓΡΑΦΕΙΟ ΠΡΟΜΗΘΕΙΩΝ).
- Η ημερομηνία διενέργειας του διαγωνισμού.
- Τα πλήρη στοιχεία του προσφέροντα (επωνυμία, διεύθυνση, ΑΦΜ, ΔΟΥ, τηλέφωνο, φαξ, ηλεκτρονική διεύθυνση).

8. ΕΓΓΥΗΤΙΚΗ ΕΠΙΣΤΟΛΗ ΚΑΛΗΣ ΕΚΤΕΛΕΣΗΣ

5% επί του συνολικού τιμήματος της σύμβασης, μη συμπεριλαμβανομένου ΦΠΑ, δηλ. προσφερόμενο μηνιαίο τίμημα χωρίς ΦΠΑ X 24 X 5%.

9. ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΣΥΜΒΑΣΗΣ

Η διάρκεια της σύμβασης είναι δύο (2) έτη.

Το Νοσοκομείο έχει δικαίωμα να διακόψει τη σύμβαση αζημίως σε περίπτωση που κρίνει ότι διαταράσσεται η σωστή λειτουργία του ή ότι δεν τηρούνται οι όροι της σύμβασης.

ΕΘΝΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ
ΓΡΑΦΕΙΟ ΠΡΟΜΗΘΕΙΩΝ

Το Νοσοκομείο δεν φέρει καμία ευθύνη έναντι του πλειοδότη ή έναντι οποιασδήποτε αρχής (όπως πχ ΔΟΥ και ΙΚΑ) για τις υποχρεώσεις του πλειοδότη που τυχόν προκύψουν από την εφαρμογή της σύμβασης.

10. ΕΛΑΧΙΣΤΟ ΜΗΝΙΑΙΟ ΤΙΜΗΜΑ

Το ελάχιστο μηνιαίο τίμημα που είναι αποδεκτό ανέρχεται στο ποσό των 400,00 € χωρίς ΦΠΑ ή 496,00 €.

11. ΚΑΤΑΒΟΛΗ ΤΙΜΗΜΑΤΟΣ

Ο πλειοδότης υποχρεούται να καταβάλει το συμφωνηθέν τίμημα στο ταμείο του Νοσοκομείου ή στον τραπεζικό λογαριασμό του Νοσοκομείου που θα αναγράφεται στη σύμβαση, μέσα στις πρώτες δέκα (10) ημερολογιακές ημέρες του επόμενου μήνα. Θα λαμβάνει ισόποση απόδειξη.

Η καθυστέρηση καταβολής του τιμήματος αποτελεί ουσιώδη λόγο παράβασης των όρων της σύμβασης και καταγγελίας αυτής, με κατάπτωση υπέρ του Νοσοκομείου της εγγυητικής επιστολής καλής εκτέλεσης.

12. ΓΕΝΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ

Απαγορεύεται η εκχώρηση των δικαιωμάτων ή υποχρεώσεων της εταιρίας που θα προκύψουν από τη σύμβαση σε οποιονδήποτε τρίτο.

Για κάθε θέμα που δεν αναφέρεται ρητώς στη διακήρυξη ισχύει η κείμενη Νομοθεσία (Ν.4412/16).

ΑΚΡΙΒΕΣ ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ

Ο Αν. Διοικητής

Μπαντής Αθανάσιος

