



ΑΝΑΡΤΗΤΕΑ ΣΤΟ ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

ΔΙΟΙΚΗΣΗ 7ΗΣ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ ΚΡΗΤΗΣ

ΕΙΔΙΚΟΣ ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΟΣ ΚΟΝΔΥΛΙΩΝ ΕΡΕΥΝΑΣ

ΚΑΙ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ (Ε.Λ.Κ.Ε.Α.)

ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ**με αριθμ. πρωτ. 17415/12-09-18**

για Υποβολή προτάσεων προς σύναψη Σύμβασης Μίσθωσης Έργου Ιδιωτικού Δικαίου για μία (1) θέση ΥΠΕΥΘΥΝΟΥ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑΣ ΣΤΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΓΕΙΑΣ στα πλαίσια των υποέργων 2 και 3 (Δράσεις 2,3 και 4) του Έργου «*Διασφάλιση της Υγείας του Πληθυσμού της περιφέρειας Κρήτης για νοσήματα που χρήζουν αλλογενούς μεταμόσχευσης αιμοποιητικών κυττάρων, με δημιουργία αποθέματος μοσχευμάτων ομφαλοπλακουντιακού αίματος (Οπ.Α), μετά από χαρτογράφηση των αντιγόνων ιστοσυμβατότητας του πληθυσμού της Κρήτης*» (Κ.Α. 2018ΕΠ40200001) της ΣΑΕΠ Περιφέρειας Κρήτης 402, που θα διεξαχθεί από την 7^η Υγειονομική Περιφέρεια (Υ.Π.Ε.) Κρήτης, με προϊστάμενη αρχή τον Ειδικό Λογαριασμό Έρευνας και Ανάπτυξης (Ε.Λ.Κ.Ε.Α.) της 7^{ης} Υγειονομικής Περιφέρειας της 7^{ης} ΥΠΕ Κρήτης (υπ' αριθμ. πρωτ. 135857/18-06-2018 Απόφαση της Περιφέρειας Κρήτης, ΑΔΑ: ΩΠΞΖ7ΛΚ-Τ73).

Η κάλυψη της δαπάνης θα γίνει από τις πιστώσεις του Κ.Α.Ε. 9422 του προϋπολογισμού του Ε.Λ.Κ.Ε.Α της 7^{ης} ΥΠΕ Κρήτης, μετά από χρηματοδότηση του Κ.Α. 2018ΕΠ40200001 στη ΣΑΕΠ Περιφέρειας Κρήτης 402.

Πληροφορίες: ΕΛΚΕΑ: 3ο χλμ Εθνικής Οδού Ηρακλείου - Μοιρών, Τ.Κ. 71500, Εσταυρωμένος, Ηράκλειο Κρήτης, τηλ.: 2813-404433, Φαξ: 2810-331570 E-mail: elkea@hc-crete.gr.

ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΠΟΥ ΕΠΙΛΕΧΘΗΚΕ ΓΙΑ ΤΗ ΣΥΝΑΨΗ ΤΗΣ ΣΥΜΒΑΣΗΣ:

Διαδικασία της έρευνας αγοράς με τη συλλογή αιτήσεων, σύμφωνα με τις διατάξεις των άρθρων 5, 7 και 8 της με αρ. ΔΥ5γ/ΓΠοικ. 75762(ΦΕΚ 1037/21-7-2005/τ. Β') Κ.Υ.Α Οικονομίας και Οικονομικών – Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

ΤΥΠΟΣ ΣΥΜΒΑΣΗΣ: Σύμβαση με κριτήριο την αξιολόγηση των τυπικών προσόντων.

ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΟ ΕΡΓΟΥ: Η διασφάλιση της δημόσιας υγείας του πληθυσμού της Κρήτης για νοσήματα που χρήζουν αλλογενούς μεταμόσχευσης αιμοποιητικών κυττάρων που επιτυγχάνεται με την:

- α) την τυποποίηση HLA αντιγόνων ιστοσυμβατότητας
- β) δημιουργία στοχευμένου αποθέματος μονάδων Οπ.Α.
- γ) διασύνδεση του στοχευμένου Μητρώου Μονάδων Οπ.Α.
- δ) ανάπτυξη στρατηγικής για την ενημέρωση του πληθυσμού και των Επαγγελματιών Υγείας για τη σημασία της φύλαξης Οπ.Α.
- ε) σχεδιασμός, ανάλυση και ανάπτυξης συστήματος διοίκησης -διαχείρισης ποιότητας στη ΔηΤοΒ.
- στ) διασύνδεση της ΔηΤοΒ με την Παγκόσμια Δεξαμενή Δοτών Αρχέγονων Αιμοποιητικών κυττάρων και μονάδων Οπ.Α.

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΕΠΙΜΕΡΟΥΣ ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΩΝ ΤΟΥ ΕΡΓΟΥ:

- Διαμόρφωση Επιχειρησιακού Σχεδίου του Δικτύου συλλογής μονάδων Οπ.Α της Δημόσιας Τράπεζας Ομφαλικών Βλαστοκυττάρων Κρήτης (ΔηΤοΒ).
- Σχεδιασμός εκπαιδευτικής μεθοδολογίας, εκπαιδευτικών μέσων και εργαλείων των σεμιναρίων επιμόρφωσης και ευαισθητοποίησης γονέων και επαγγελματιών υγείας για τη δωρεά και την ασφαλή συλλογή μονάδων Οπ.Α,
- Σύνταξη Εγχειριδίου Ποιότητας του συστήματος διαχείρισης και διασφάλισης ποιότητας της Δημόσιας Τράπεζας Ομφαλικών Βλαστοκυττάρων Κρήτης.
- Καταγραφή τυποποιημένων διαδικασιών λειτουργίας κατά το πρότυπο FACT-NETCORD και αφορά (α) στη διαχείριση δοτών, (β) συλλογή μονάδων Οπ.Α, (γ) επεξεργασία και έλεγχο μονάδων Οπ.Α, (δ) κρυοκατάψυξη και αποθήκευση μονάδων Οπ.Α, (ε) καταγραφή και αναζήτηση μονάδων Οπ.Α, και (στ) διάθεση και μεταφορά μονάδων Οπ.Α.
- Σχεδιασμός και διαμόρφωση εντύπων των τυποποιημένων διαδικασιών λειτουργίας κατά το πρότυπο FACT - NETCORD και ένταξη αυτών στο σύστημα πληροφορικής υποστήριξης της Δημόσιας Τράπεζας Ομφαλικών Βλαστοκυττάρων Κρήτης.
- Προετοιμασία φακέλου διαπίστευσης κατά το πρότυπο FACT-NETCORD.
- Ανάλυση και Αξιολόγηση του συστήματος διοίκησης διαχείρισης και διασφάλισης ποιότητας στη ΔηΤοΒ.
- Υποστήριξη, συντονισμός, παρακολούθηση, εποπτεία, έλεγχος και αξιολόγηση της εφαρμογής των τυποποιημένων διαδικασιών λειτουργίας της ΔηΤοΒ Κρήτης (σύνταξη

και υποβολή μηναίων εκθέσεων προόδου, ανασκόπηση σημαντικών δεδομένων απόδοσης σχετικά με τη συλλογή, επεξεργασία, διάθεση μονάδων Οπ.Α. για χορήγηση, σύμφωνα με το διεθνές πρότυπο ποιότητας FACT – NETCORD).

ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΑ ΠΡΟΣΟΝΤΑ:

- Πτυχίο ανώτατης εκπαίδευσης (απόφοιτοι ΑΕΙ ή ΑΤΕΙ) στη Διοίκηση Επιχειρήσεων της ημεδαπής ή αντίστοιχο της αλλοδαπής με πράξη αναγνώρισεως του τίτλου από το ΔΙ.Κ.Α.Τ.Σ.Α. ή πιστοποιητικό αναγνώρισης από τον Δ.Ο.Α.Τ.Α.Π.
- Μεταπτυχιακές σπουδές στο αντικείμενο της Διοίκησης Υγείας.
- Αποδεδειγμένη γνώση και συνολική επαγγελματική εμπειρία άνω των πέντε (5) ετών (αποδεκτές συμβάσεις ή βεβαιώσεις εργοδοτών ή Επιστημονικά Υπευθύνων Ερευνητικών έργων) στους παρακάτω τομείς και αντικείμενα:
 - ✓ Εργασιακή Εμπειρία σε Τράπεζα Οπ.Α.
 - ✓ Εργασιακή Εμπειρία στον τομέα του συντονισμού μεταμοσχεύσεων οργάνων, ιστών και κυττάρων
 - ✓ Συμβουλευτικές υπηρεσίες στον τομέα των μεταμοσχεύσεων ιστών και κυττάρων
 - ✓ Αξιολόγηση του συστήματος διοίκησης-διαχείρισης και διασφάλισης ποιότητας στις Τράπεζες Ομφαλοπλακουντιακού Αίματος
 - ✓ Οργάνωση, Διαχείριση και Ποιοτικός έλεγχος συλλογής, επεξεργασίας, αποθήκευσης, μεταφοράς, παραλαβής και αποστολής μονάδων ομφαλοπλακουντιακού αίματος
 - ✓ Εμπειρία στο αντικείμενο της Βιοεπαγρύπνησης, και της Διαχείρισης Κινδύνων για την Ποιότητα και Ασφάλεια Ιστών και Κυττάρων
 - ✓ Εμπειρία στο πεδίο της δωρεάς ομφαλοπλακουντιακού αίματος και της οργάνωσης-διαχείρισης Βιοτραπεζών.
- Επιστημονικές δημοσιεύσεις σε έγκριτα διεθνή και ελληνικά επιστημονικά περιοδικά στα ανωτέρω πεδία και αντικείμενα.
- Πολύ καλή γνώση Αγγλικών (Γ1/С1 επίπεδο) σύμφωνα με το ειδικό παράρτημα (Α2) απόδειξης γλωσσομάθειας του ΑΣΕΠ, 14-03-2018.
- Γνώση χειρισμού Ηλεκτρονικών Υπολογιστών (σύμφωνα με το ειδικό παράρτημα (Α1) απόδειξης χειρισμού Η/Υ του ΑΣΕΠ, 14-03-2018).

Συνεκτιμώμενα προσόντα:

- Εκπαιδευτική εμπειρία στο αντικείμενο της διασφάλισης ποιότητας των υπηρεσιών υγείας και στο αντικείμενο του κοινωνικού μάρκετινγκ υπηρεσιών και μονάδων υγείας.

- Ερευνητική εμπειρία στη διοίκηση-διαχείριση και διασφάλιση ποιότητας των υπηρεσιών και μονάδων υγείας

Οι υποψήφιοι που δεν πληρούν τα απαραίτητα αιτούμενα προσόντα αποκλείονται.

Οι υποψήφιοι που πληρούν τουλάχιστον τα αιτούμενα απαραίτητα προσόντα, θα κληθούν σε συνέντευξη, η οποία θα πραγματοποιηθεί κατόπιν ειδοποίησης από την **Επιτροπή Αξιολόγησης Αιτήσεων**.

Στη συνέντευξη θα αξιολογηθούν το γνωστικό υπόβαθρο, η εργασιακή προϋπηρεσία, η συνάφεια αυτής με το εν λόγω αντικείμενο και θα δοθεί ιδιαίτερη έμφαση στην προσωπικότητα του κάθε υποψηφίου (η ικανότητα επικοινωνίας και συνεργασίας και ομαδικής εργασίας, η διοικητική και οργανωτική ικανότητα, η πρωτοβουλία, η ανάληψη ευθυνών και η ικανότητα των υποψηφίων).

ΑΜΟΙΒΗ ΑΝΑΔΟΧΟΥ: 25.700,00€ συμπεριλαμβανομένων όλων των νόμιμων κρατήσεων και τον αναλογούν ΦΠΑ, εφόσον απαιτείται.

Σημειώνεται ότι το τελικό ύψος της αμοιβής τελεί υπό τους περιορισμούς του χρηματοδότη και της κείμενης νομοθεσίας.

ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΣΥΜΒΑΣΗΣ: 18 μήνες, αρχής γενομένης της υπογραφής της σύμβασης.

Επίσης, είναι δυνατή η επέκταση του φυσικού αντικειμένου της σύμβασης, εφόσον αυτή είναι συμβατή και συνακόλουθη με τα παραδοτέα της αρχικής σύμβασης.

ΠΡΟΒΛΕΠΟΜΕΝΟΣ ΧΡΟΝΟΣ ΕΝΑΡΞΗΣ ΕΚΤΕΛΕΣΗΣ ΤΟΥ ΕΡΓΟΥ: Σεπτέμβριος 2018.

Επισημαίνεται ότι είναι δυνατή η παράταση της χρονικής διάρκειας της σύμβασης, με το ίδιο οικονομικό αντικείμενο.

ΤΟΠΟΣ ΕΚΤΕΛΕΣΗΣ ΕΡΓΟΥ: Ηράκλειο Κρήτης Δημόσια Τράπεζα Ομφαλικών Βλαστοκυττάρων Κρήτης, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Κρήτης / και Αιματολογική Κλινική ΠΑΓΝΗ.

ΤΡΟΠΟΣ ΠΛΗΡΩΜΗΣ: Η πληρωμή του αναδόχου θα γίνεται με χρηματικό ένταλμα και με βάση τα νόμιμα δικαιολογητικά και για το σύνολο της αξίας, μείον τις προβλεπόμενες από το νόμο κρατήσεις.

Οι ενδιαφερόμενοι (μόνο φυσικά πρόσωπα) καλούνται να υποβάλουν την πρότασή τους στα γραφεία του ΕΛΚΕΑ στη διεύθυνση:

7^Η ΥΠΕ ΚΡΗΤΗΣ,
 3^Ο ΧΛΜ. ΕΘΝΙΚΗΣ ΟΔΟΥ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ-ΜΟΙΡΩΝ,
 ΕΣΤΑΥΡΩΜΕΝΟΣ Τ.Κ.75100,
 ΥΠΟΨΗ Κ. ΜΑΝΟΥΡΑ ΑΝΔΡΕΑ,
 ΤΗΛ. ΕΠΙΚΟΙΝ. 2813404433

μέχρι και την **Τετάρτη 26 Σεπτεμβρίου 2018 και ώρα 14.00**, σε σφραγισμένο φάκελο, που θα αναγράφονται ευκρινώς:

(α) η επισήμανση **«ΠΡΟΤΑΣΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ ΜΕ ΑΡ. ΠΡΩΤ. 17415/12-09-18: (ΘΕΣΗ Ε- ΥΠΕΥΘΥΝΟΥ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ)»**

(β) τα στοιχεία του ενδιαφερόμενου (ονοματεπώνυμο, διεύθυνση, τηλέφωνο επικοινωνίας)

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ ΦΑΚΕΛΟΥ:

- **ΑΙΤΗΣΗ** για τη συμμετοχή στην Πρόσκληση Εκδήλωσης Ενδιαφέροντος, σύμφωνα με το υπόδειγμα του Παραρτήματος, συμπληρωμένη και υπογεγραμμένη (προσοχή να αποσταλεί σε ψηφιοποιημένη μορφή, ώστε να φέρει την πρωτότυπη υπογραφή του/ της ενδιαφερόμενου/ ης).
- **ΠΛΗΡΕΣ ΒΙΟΓΡΑΦΙΚΟ ΣΗΜΕΙΩΜΑ** του /της ενδιαφερομένου/ης υπογεγραμμένο σε όλες τις σελίδες και με συνεχόμενη αρίθμηση των σελίδων.
- **ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ** που αποδεικνύουν τα προσόντα/κριτήρια των υποψηφίων (π.χ. τίτλοι σπουδών, βεβαιώσεις προϋπηρεσίας κ.λπ.). Τα παραπάνω θα πρέπει να είναι ευανάγνωστα φωτοαντίγραφα των πρωτότυπων εγγράφων, σύμφωνα με τη διάταξη του άρθρου 1 του Ν. 4250/14. Η Υπηρεσία δύναται να προβεί σε δειγματοληπτικό έλεγχό των δικαιολογητικών, σύμφωνα με την παράγραφο 2 του άρθρου 1 του Ν. 4250/14. **Συγκεκριμένα θα γίνουν αποδεκτά τα ευκρινή φωτοαντίγραφα:**

α) των πρωτότυπων εγγράφων που εκδίδονται από τις υπηρεσίες και τους φορείς του Δημοσίου τομέα ή των ακριβών αντιγράφων τους

β) ιδιωτικών εγγράφων και

γ) εγγράφων που έχουν εκδοθεί από αλλοδαπές αρχές.

Τα έγγραφα που έχουν συνταχθεί σε ξένη γλώσσα, πλην της αγγλικής (εκτός εάν περιέχεται σε αυτά ειδική τεχνική ορολογία) υποβάλλονται μαζί με την επίσημη μετάφρασή τους επικυρωμένη από το Υπουργείο Εξωτερικών ή από δικηγόρο (διευκρινιστικά αναφέρεται ότι αρκεί μια ευανάγνωστη φωτοτυπία της μετάφρασης με τη σφραγίδα της επικύρωσης).

Στοιχεία επικοινωνίας: κος Μανουράς Ανδρέας, τηλέφωνο επικοινωνίας: 2813-404433, ΦΑΞ: 2810-331570, E-mail: amanouras@hc-crete-gr.

ΔΙΕΥΚΡΙΝΙΣΕΙΣ ΓΙΑ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΣΗΣ

1. Η ορθή συμπλήρωση του διαβιβαστικού και η μη παράλειψη όλων των στοιχείων που απαιτούνται είναι αποκλειστική ευθύνη του υποψηφίου/της υποψηφίας.
2. Η μη εμπρόθεσμη υποβολή του φακέλου υποψηφιότητας ή μη υποβολή του συνόλου των προβλεπόμενων από την παρούσα δικαιολογητικών αποκλείει τον υποψήφιο/την υποψήφια από την διαδικασία.
3. Υποψήφιος/υποψήφια, ο οποίος/η οποία δεν πληροί το προσόν/προσόντα για τη θέση, για την οποία υποβάλλει εκδήλωση ενδιαφέροντος, αποκλείεται από τη διαδικασία.
4. Η υποβολή πρότασης από την εκάστοτε υποψήφιο συνεπάγεται ανεπιφύλακτα αποδοχή των όρων της παρούσης Πρόσκλησης Εκδήλωσης Ενδιαφέροντος.

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΥΠΟΨΗΦΙΟΤΗΤΩΝ

Η Αξιολόγηση θα γίνει από Επιτροπή, όπως αυτή έχει οριστεί με σχετική απόφαση της Διοικήτριας της 7^{ης} ΥΠΕ Κρήτης.

Οι υποψήφιοι που δεν πληρούν τα απαραίτητα απαιτούμενα προσόντα **αποκλείονται**.

Οι υποψήφιοι που πληρούν τουλάχιστον τα απαιτούμενα προσόντα θα κληθούν σε συνέντευξη, η οποία θα πραγματοποιηθεί, κατόπιν ειδοποίησης από την Επιτροπή Αξιολόγησης Αιτήσεων. Στη συνέντευξη θα αξιολογηθούν το γνωστικό υπόβαθρο, η εργασιακή προϋπηρεσία, η συνάφεια αυτής με το εν λόγω έργο και θα δοθεί ιδιαίτερη έμφαση στην προσωπικότητα του κάθε υποψηφίου, στην ικανότητα επικοινωνίας, συνεργασίας και ομαδικής εργασίας, στη διοικητική και οργανωτική ικανότητα, στην πρωτοβουλία, στην ανάληψη ευθυνών και γενικότερα, στην ικανότητα των υποψηφίων.

Για την επιλογή της καταλληλότερης πρότασης η αξιολόγηση γίνεται με βάση τα παρακάτω κριτήρια:

Κριτήρια	Βαθμολογία κριτηρίων
Απαραίτητα Προσόντα	
Πτυχίο Διοίκησης Επιχειρήσεων	ΝΑΙ / ΟΧΙ
Μεταπτυχιακό στο πεδίο της Διοίκησης Υγείας	ΝΑΙ / ΟΧΙ
Εμπειρία στα αντικείμενα της θέσης (τουλάχιστον 5 έτη) :	
με πλήρη συνάφεια με το έργο	10 μονάδες ανά έτος
με μερική συνάφεια με το έργο	5 μονάδες ανά έτος
Πολύ καλή γνώση Αγγλικής	ΝΑΙ / ΟΧΙ
Γνώση χειρισμού Η/Υ	ΝΑΙ / ΟΧΙ

Επιστημονικές δημοσιεύσεις σε διεθνή και ελληνικά περιοδικά (έως 10)	5 μονάδες ανά δημοσίευση
Προσωπική Συνέντευξη	100 μονάδες
Συνεκτιμώμενα προσόντα: Γνώση κριτηρίων διαπίστευσης κατά FACT - NECORD	10 μονάδες

Ο/η επιλεγείς υποψήφιος/α οφείλει να μεριμνήσει, εάν του/της ζητηθεί, μέχρι την έναρξη της εν λόγω σύμβασης, όλα τα ιδιωτικά ή εκδοθέντα από αλλοδαπές αρχές αποδεικτικά των προσόντων που προσκόμισε στο στάδιο της πρόσκλησης, τα οποία θα φέρουν θεώρηση από δικηγόρο ή από δημόσια αρχή, σύμφωνα με τη διάταξη του άρθρου 1 του Ν. 4250/14.

Η παρούσα πρόσκληση θα αναρτηθεί στο διαδικτυακό τόπο της 7^{ης} ΥΠΕ Κρήτης (www.hc-crete.gr) και θα δημοσιευθεί σε εφημερίδα του τοπικού τύπου.

Η ΔΙΟΙΚΗΤΡΙΑ ΤΗΣ 7^{ης} Υ.ΠΕ ΚΡΗΤΗΣ

ΜΑΥΡΟΜΜΑΤΗ Ε. ΕΛΕΝΗ

ΥΠΟΔΕΙΓΜΑ Α

**ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑΤΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΤΗΝ ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ
ΜΕ ΑΡΙΘΜΟ ΠΡΩΤ. 17415/12-09-18**

Ο/Η κάτωθι υπογεγραμμένος/η με τα στοιχεία:

Επώνυμο:

Όνομα:.....

Όνομα πατρός:.....

Αριθμός τηλεφώνου οικίας ή κινητού:.....

E-mail :.....

Ημερομηνία και τόπος γέννησης:.....

Διεύθυνση αλληλογραφίας:.....

Υπηκοότητα:

Στρατιωτική θητεία(για τους άνδρες):

☐ Απαλλαγή

☐ Εκπληρωμένη...../...../

...../...../.....

Οικογενειακή κατάσταση:

☐ Άγαμος

☐ Έγγαμος

Υποβάλω την αίτησή μου προς αξιολόγηση για τη σύναψη σύμβασης έργου στο πλαίσιο του έργου **«Διασφάλιση της Υγείας του Πληθυσμού της περιφέρειας Κρήτης για νοσήματα που χρήζουν αλλογενούς μεταμόσχευσης αιμοποιητικών κυττάρων, με δημιουργία αποθέματος μοσχευμάτων ομφαλοπλακουντιακού αίματος (Οπ.Α), μετά από χαρτογράφηση των αντιγόνων ιστοσυμβατότητας του πληθυσμού της Κρήτης»**. για τη θέση του/της **ΥΠΕΥΘΥΝΟΥ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑΣ ΣΤΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΓΕΙΑΣ**

Καταθέτω τα δικαιολογητικά μου με τN κάτωθι αριθμητική σειρά:

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____
- 4) _____
- 5) _____

Με ατομική μου ευθύνη, γνωρίζοντας τις κυρώσεις, που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω υπεύθυνα ότι:

Α) αποδέχομαι τους όρους της πρόσκλησης εκδήλωσης ενδιαφέροντος για υποβολή πρότασης σύναψης μίσθωσης έργου.

Β) δύναμαι να εκτελέσω το αιτούμενο έργο στο χρόνο που ορίζεται στην πρόσκληση

Γ) για την ανάληψη του έργου και την είσπραξη της συμφωνηθείσας αμοιβής δεν συντρέχει κανένα κώλυμα στο πρόσωπό μου και σε αντίθετη περίπτωση, θα φροντίσω για την άρση κάθε κωλύματος για το σκοπό αυτό, εφόσον η παρούσα αίτησή μου γίνει δεκτή προς συμβασιοποίηση.

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΚΑΙ ΥΠΟΓΡΑΦΗ