



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
ΔΙΟΙΚΗΣΗ 3ης ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ (ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ)
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΟΡΓΑΝΩΣΗΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ

Θεσσαλονίκη, 15/12/2017

Α.Π: 48825

ΤΜΗΜΑ ΠΡΟΜΗΘΕΙΩΝ

Πληροφορίες: Μαβίδου Φωτεινή

Τηλέφωνο: 2313 320587

Fax: 2310252487

E mail: fmaavidou@3ype.gr

ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ

Η Διοίκηση της 3ης Υγειονομικής Περιφέρειας (Μακεδονίας) προκειμένου να προχωρήσει στην προμήθεια ακτινογραφικών φίλμ, σύμφωνα με τον συνημμένο πίνακα, για τις ανάγκες διμήνου των Φορέων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας αρμοδιότητας της 3ης Υ.ΠΕ. Μακεδονίας, προϋπολογισθείσας δαπάνης 20.558,91€ με το ΦΠΑ, προσκαλεί όσους δραστηριοποιούνται στον χώρο και ενδιαφέρονται να καταθέσουν προσφορά στην Διοίκηση της 3ης Υ.ΠΕ. (Μακεδονίας), Αριστοτέλους 16, Τ.Κ. 546 23, Θεσσαλονίκη.

Η πληρωμή των προμηθευτών θα γίνει σύμφωνα με τις υπ'αριθμ. πρωτ. 1542/16-01-2017 (ΑΔΑ: ΨΦ3ΖΟΡΕΠ-ΗΗ5) και 1543/16-01-2017 (ΑΔΑ: 6ΙΜΡΟΡΕΠ-ΚΣΡ) αναλήψεις υποχρέωσης και δέσμευσης πίστωσης.

Οι προσφορές θα συνοδεύονται από την επισυναπτόμενη Υπεύθυνη δήλωση της παρ.4 του άρθρου 8 του Ν.1599/1986, υπογεγραμμένη από τον εκπρόσωπο του οικονομικού φορέα. Σύμφωνα με τις διατάξεις του Ν.4412/2016 όπως αυτός τροποποιήθηκε με τις διατάξεις της παραγράφου 13 του άρθρου 107 του Ν. 4497/2017 «Ως εκπρόσωπος του οικονομικού φορέα....., νοείται ο νόμιμος εκπρόσωπος αυτού, όπως προκύπτει από το ισχύον καταστατικό ή το πρακτικό εκπροσώπησής του κατά το χρόνο υποβολής της προσφοράς ή αίτησης συμμετοχής ή το αρμοδίως εξουσιοδοτημένο φυσικό πρόσωπο να εκπροσωπεί τον οικονομικό φορέα για διαδικασίες σύναψης συμβάσεων ή για συγκεκριμένη διαδικασία σύναψης σύμβασης».

Γλώσσα: Ελληνική

Ημερομηνία λήξης υποβολής προσφορών 29-12-2017 και ώρα 14:00 π.μ. στο Τμήμα Προμηθειών της Διοίκησης της 3ης Υγειονομικής Περιφέρειας (Μακεδονίας)) ή έντυπα (Αριστοτέλους 16, Τ.Κ. 546 23, Θεσσαλονίκη ή ηλεκτρονικά στο email: fmaavidou@3ype.gr.

Πληροφορίες θα δίνονται καθημερινά από 07:30 έως 14:30 από το Τμήμα Προμηθειών της Διοίκησης της 3ης Υγειονομικής Περιφέρειας (Μακεδονίας), οδός Αριστοτέλους 16, Τ.Κ. 546 23, Θεσσαλονίκη ☎ 2313320587.

Ο Διοικητής της 3ης ΥΠΕ Μακεδονίας

Γιώργος Κ. Κίρκος

ΕΙΔΗ ΑΚΤΙΝΟΓΡΑΦΙΚΩΝ ΦΙΛΜ ΠΡΟΣ ΠΡΟΜΗΘΕΙΑ ΓΙΑ ΚΑΛΥΨΗ ΑΝΑΓΚΩΝ ΦΟΡΕΩΝ ΠΦΥ 3ης ΥΠΕ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ

A/A	ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΕΙΔΟΥΣ	ΜΟΝΑΔΑ ΜΕΤΡΗΣΗΣ	ΠΥΛΗΣ ΑΞΙΟΥ	ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ	ΒΕΡΟΙΑΣ	ΝΑΟΥΣΑΣ	ΓΙΑΝΝΙΤΣΩΝ	ΕΔΕΣΣΑΣ	ΚΑΤΕΡΙΝΗΣ	ΚΟΖΑΝΗΣ	ΠΟΛΕΜΑΪΔΑΣ	ΚΑΠ ΔΕΗ ΠΟΛΕΜΑΪΔΑΣ	ΔΙΑΒΑΤΩΝ	ΧΑΛΑΣΤΡΑΣ	ΛΑΓΚΑΔΑ	ΚΟΥΦΑΛΙΩΝ	ΕΥΟΣΜΟΥ	ΑΛΕΞΑΝΔΡΕΙΑΣ	ΚΡΥΑΣ ΒΡΥΣΗΣ	ΑΡΙΔΑΙΑΣ	ΣΚΥΔΡΑΣ	ΛΙΠΟΧΩΡΟΥ	ΣΕΡΒΙΩΝ	ΤΣΟΤΛΙΟΥ	ΔΕΣΚΑΤΗΣ	ΑΡΙΟΥΣ ΟΡΕΣΤΙΚΟΥ	ΑΜΥΝΤΑΙΟΥ	ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΠΟΣΟΤΗΤΑ 3ης ΥΠΕ	
1	Κλασική Ακτινολογίας - Πράσινης Ευαισθησίας - διαστάσεων 18x24	TEM	400	200	100	100	100	200	200				200	100				100	100		100	100		100					2100
2	Κλασική Ακτινολογίας - Πράσινης Ευαισθησίας - διαστάσεων 24x30	TEM	400	400	200	100	100	100	200	400		200	200	100				200	100	200	100	200	100	100	100	100	100	100	3700
3	Κλασική Ακτινολογίας - Πράσινης Ευαισθησίας - διαστάσεων 30x40	TEM	500	300	300	100	200	100	300	100		200	200	100				100	100	200	100	100	100	100	100	100	100	100	3500
4	Κλασική Ακτινολογίας - Πράσινης Ευαισθησίας - διαστάσεων 35x35	TEM	400	200	200	100	100	100	300	100		200	200	100				100	100	100	100	100	100	100		200	100		3000
5	Κλασική Ακτινολογίας - Πράσινης Ευαισθησίας - διαστάσεων 35x43	TEM	500	300	400	400	100	100	300	100		200	200	100				200	200	200	100	100	100	100	100	100	200	100	4100
6	Κλασική Ακτινολογίας - Πράσινης Ευαισθησίας - διαστάσεων 20x40	TEM	200										200	200				100				100		100					900
7	Οδοντιατρικής Ακτινολογίας - Ενδοστοματικά - Αυτοεμφανιζόμενα	TEM									100					100											50	50	300
8	Οδοντιατρικής Ακτινολογίας - Πανοραμική - διαστάσεων 15X30	TEM	400																										400
9	Ψηφιοποιημένης Ακτινολογίας - διαστάσεων 35X43	TEM													300	200	1700												2200
10	Ψηφιοποιημένης Ακτινολογίας - διαστάσεων 25X30	TEM															1700												1700
11	Ψηφιοποιημένης Μαστογραφίας - διαστάσεων 25X30	TEM															500												500

Σημείωση:

Το Κέντρο Υγείας ΕΥΟΣΜΟΥ διαθέτει ψηφιακό εμφανιστήριο DRY VIEW 6800 LASER IMAGER KODAK και τα απαιτούμενα φιλμ πρέπει να είναι συμβατά με τον αναφερόμενο τύπο.

Τα Κέντρα Υγείας ΛΑΓΚΑΔΑ και ΚΟΥΦΑΛΙΩΝ διαθέτουν ψηφιακό εμφανιστήριο DRYSTAR CAMERA FUJI και τα απαιτούμενα φιλμ πρέπει να είναι συμβατά με τον αναφερόμενο τύπο

Οι παραγγελίες των υλικών θα γίνονται από τα υπερκέντρα συντονισμού ήτοι (πρώην) Μ.Υ. ΠΥΛΗΣ ΑΞΙΟΥ, Μ.Υ. ΚΟΖΑΝΗΣ & Μ.Υ. ΒΕΡΟΙΑΣ, ενώ οι παραδόσεις θα γίνονται στους **αποθηκευτικούς χώρους** των κέντρων συντονισμού οικονομικής και διοικητικής διαχείρισης, (εκτός αν λόγω ιδιαιτερότητας π.χ. όγκος ή βάρος υλικού, ορίζεται διαφορετικά στην παραγγελία), όπως φαίνονται στον συνημμένο πίνακα:

Περιφ.Ενότητα	Φορείς Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας	Κέντρο Αναφοράς Διαχείρισης
Θεσσαλονίκης	Πύλης Αξιού, Θεσσαλονίκης, ΚΑΠ ΔΕΗ-ΠΕΚΑ Θεσσαλονίκης, Κέντρο Παιδοψυχικής Υγιεινής Θεσσαλονίκης	Πύλης Αξιού
	Νεάπολης, Λαγκαδά, Κουφαλίων	Νεάπολης
	Ευόσμου, Διαβατών, Χαλάστρας	Διαβατών
Πέλλας	Έδεσσας, Αριδαίας, Σκύδρας, Άρνισσας	Έδεσσας
	Γιαννιτών, Κρύας Βρύσης	Γιαννιτών
Ημαθίας	Βέροιας, Νάουσας, Αλεξάνδρειας	Βέροιας
Περιφ.Ενότητα	Φορείς Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας	Κέντρο Αναφοράς Διαχείρισης
Πιερίας	Κατερίνης, Αιγινίου, Λιτοχώρου	Κατερίνης
Κοζάνης	Κοζάνης- ΚΑΠ ΔΕΗ-ΠΕΚΑ Κοζάνης, Σερβίων, Σιάτιστας, Τσοτυλίου, Πτολεμαΐδας-ΚΑΠ ΔΕΗ-ΠΕΚΑ Πτολεμαΐδας	Κοζάνης
Γρεβενών	Γρεβενών, Δεσκάτης	Γρεβενών
Καστοριάς	Καστοριάς, Άργους Ορεστικού	Καστοριάς
Φλώρινας	Φλώρινας, Αμυνταίου	Φλώρινας

ΚΑΘΕ ΠΑΡΑΔΟΣΗ ΥΛΙΚΟΥ ΘΑ ΣΥΝΟΔΕΥΕΤΑΙ ΑΠΟ ΤΙΜΟΛΟΓΙΟ ΠΩΛΗΣΗΣ – ΔΕΛΤΙΟ ΑΠΟΣΤΟΛΗΣ (ΧΩΡΙΣΤΟ ΓΙΑ ΤΑ ΚΕΝΤΡΑ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΧΩΡΙΣΤΟ ΓΙΑ ΤΙΣ (πρώην) ΜΟΝΑΔΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΑΝΑΛΟΓΑ ΜΕ ΤΙΣ ΑΝΤΙΣΤΟΙΧΕΣ ΔΕΣΜΕΥΣΕΙΣ ΠΙΣΤΩΣΗΣ) ΠΟΥ ΘΑ ΚΑΤΑΤΙΘΕΝΤΑΙ ΣΤΟ ΑΝΤΙΣΤΟΙΧΟ ΚΕΝΤΡΟ ΣΥΝΤΟΝΙΣΜΟΥ.



ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

(άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν.

1599/1986)

ΠΡΟΣ ⁽¹⁾ :									
Ο – Η Όνομα:				Επώνυμο:					
Όνομα και Επώνυμο Πατέρα:									
Όνομα και Επώνυμο Μητέρας:									
Ημερομηνία γέννησης ⁽²⁾ :									
Τόπος Γέννησης:									
Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας:				Τηλ:					
Τόπος Κατοικίας:			Οδός			Αριθ:		TK:	
Αρ. Τηλεομοιότυπου (Fax):				Δ/νση Ηλεκτρ. Ταχυδρομείου (Email):					

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις ⁽³⁾, που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι μέχρι την ημέρα υποβολής – αποστολής της προσφοράς μου:

- 1) Έλαβα γνώση και αποδέχομαι πλήρως και ανεπιφυλάκτως όλους τους όρους της υπ.αριθμ..... πρόσκλησης ενδιαφέροντος
- 2) Συμμετέχω στον διαγωνιστική διαδικασία της 3ης ΥΠΕ Μακεδονίας για την ανάθεση.....
- 3) Δεν έχω καταδικασθεί με τελεσίδικη απόφαση για κάποιο αδίκημα από τα αναφερόμενα στην παρ. 1 του άρθρου 73 του Ν.4412/2016.
- 4) Είμαι φορολογικά και ασφαλιστικά ενήμερος ως προς τις υποχρεώσεις μου, σύμφωνα με την παρ. 2 του άρθρου 73 του Ν.4412/2016.
- 5) Δεν τελώ σε κάποια από τις αναφερόμενες περιπτώσεις της παρ. 4 του άρθρου 73 του Ν.4412/2016 ή ανάλογες καταστάσεις.
- 6) Δεν υφίστανται νομικοί περιορισμοί στη λειτουργία της επιχείρησής και δεν μου έχει επιβληθεί η ποινή του αποκλεισμού από διαγωνισμούς, με αμετάκλητη Υπουργική απόφαση, η οποία βρίσκεται σε ισχύ.
- 7) Είμαι εγγεγραμμένος στο οικείο Επιμελητήριο, σύμφωνα με τα οριζόμενα στην παρ. 2 του άρθρου 75 του Ν.4412/2016.
- 8) Πληρώ τα κριτήρια επιλογής, έτσι όπως έχουν καθοριστεί στην πρόσκληση ενδιαφέροντος, σύμφωνα με το άρθρο 75 του Ν.4412/2016.
- 9) Αναλαμβάνω την υποχρέωση για την έγκαιρη και προσήκουσα προσκόμιση των δικαιολογητικών του άρθρου 80 του Ν.4412/2016, σύμφωνα με τους όρους και τις προϋποθέσεις του άρθρου 103 του ίδιου Νόμου.

Ημερομηνία:

Ο/Η Δηλ.....

(Υπογραφή)

- (1) Αναγράφεται από τον ενδιαφερόμενο πολίτη ή Αρχή ή η Υπηρεσία του δημόσιου τομέα, που απευθύνεται η αίτηση.
- (2) Αναγράφεται ολογράφως.
- (3) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.
- (4) Σε περίπτωση ανεπάρκειας χώρου η δήλωση συνεχίζεται στην πίσω όψη της και υπογράφεται από τον δηλούντα ή την δηλούσα.