

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
 ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
 ΔΙΟΙΚΗΣΗ 1^η Υ.Πε ΑΤΤΙΚΗΣ
 Γ.Ν. ΠΑΙΔΩΝ ΠΕΝΤΕΛΗΣ
 Ταχ. Δ/ση: Ιπποκράτους 8 Πεντέλη
 Υπηρεσία: Γραφείο Προμηθειών
 Πληροφ.: ΑΝΔΡΙΑΝΑ ΝΟΝΑ
 Τηλ . 213 2052 508 ή 518
 e-mail promitheion@paidon-pentelis.gr

Πεντέλη, 03.03.2023
 Αρ. Πρωτ: 2728/08.03.2023

ΘΕΜΑ: Πρόσκληση Προμήθειας Εξωσυμβατικού Είδους

Το Γενικό Νοσοκομείο Παιδων Πεντέλης προτίθεται να προβεί στην προμήθεια των κάτωθι ειδών, με τη διαδικασία της δημοσίευσης στο διαδίκτυο κατόπιν συλλογής προσφορών.

ΜΠΛΟΚ ΕΙΣΙΤΗΡΙΩΝ/ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ

ΕΝΔΕΙΚΤΙΚΗ ΠΟΣΟΤΗΤΑ ΠΡΟΣ ΠΡΟΜΗΘΕΙΑ: 50 ΤΕΜΑΧΙΑ

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΕΠΙ ΤΕΧΝΙΚΩΝ ΠΡΟΔΙΑΓΡΑΦΩΝ: ΕΞΩΤΕΡΙΚΑ ΙΑΤΡΕΙΑ, ΚΥΡΙΑ ΜΗΤΣΙΟΥ, τηλ 2132052580

***ΕΠΙΣΥΝΑΠΤΕΤΑΙ ΔΕΙΓΜΑ ΣΤΟ ΤΕΛΟΣ ΤΗΣ ΠΡΟΣΚΛΗΣΗΣ**

ΥΠΟΔΕΙΓΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΡΟΣΦΟΡΑΣ:

A/A	ΕΙΔΟΣ	Μονάδα μέτρησης	Τιμή Μονάδος χωρίς ΦΠΑ	Συνολική τιμή χωρίς ΦΠΑ	ΦΠΑ	Τελική Τιμή	Κωδικός Παρατηρητηρίου	Τιμή Παρατηρητηρίου	
1									

Το παραπάνω είδος πρέπει να συμμορφώνεται με τις απαιτήσεις των Διεθνών και Ευρωπαϊκών προτύπων και να φέρει σήμανση CE.

Οι τιμές των προσφερομένων υλικών, δεν θα υπερβαίνουν τις αντίστοιχες ανώτατες τιμές (αν υπάρχουν), του Παρατηρητηρίου Τιμών της Ε. Π. Υ. Οι οικονομικές προσφορές που είναι ανώτερες από τις κατά ανωτέρω παραδεκτές τιμές απορρίπτονται. (Εγκύκλιος ΕΠΥ 2269/19.3.2012 ΑΔΑ: Β445Θ-ΩΩΒ).

Οι προσφορές δύνανται να αποστέλλονται στο Γρ. Προμηθειών μέσω e-mail


promitheion@paidon-pentelis.gr, έως **ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 17/03/2023** & ώρα **10:00** .

Η διαδικασία κατάθεσης των προσφορών ξεκινά με τη δημοσίευση του παρόντος.

Η ΑΝΑΠΛ. ΔΙΟΙΚΗΤΡΙΑ

ΕΥΣΤΑΘΙΑ ΚΑΤΟΙΚΟΥ

ΔΕΙΓΜΑ

	ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ	Δ 2
	1η Υ.ΠΕ ΑΤΤΙΚΗΣ	117
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΙΔΩΝ ΠΕΝΤΕΛΗΣ		
ΤΜΗΜΑ ΚΙΝΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ		Αρ. Μητρ. Ασθ.: <input type="text"/>

ΕΙΣΙΤΗΡΙΟ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ			
Επώνυμο:	<input type="text"/>	Όνομα:	<input type="text"/>
Διεύθυνση κατοικίας:	<input type="text"/>	Πατρώνυμο:	<input type="text"/>
Ημ/νία γέννησης:	<input type="text"/>	Τ.Κ.-Πόλη:	<input type="text"/>
Επάγγελμα:	<input type="text"/>	Ηλικία:	<input type="text"/>
Στοιχεία πλησιέστερου Συγγενούς:	<input type="text"/>	Τόπος γέννησης:	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	Α.Δ.Τ./Αρ. Διαβατηρίου:	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	Όνοματεπώνυμο	<input type="text"/>
		Τηλ.	<input type="text"/>

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΥ ΦΟΡΕΑ			
Τρόπος Ασφάλισης:	Άμεσα:	Εμμεσα:	Άμεσα Ασφαλισμένος:
Ασφ. Φορέας:	<input type="text"/>	Αρ. Μητρ. Ασφ.:	<input type="text"/>
		Αρ. Βιβλ.:	<input type="text"/>
		Κωδ. Κοιν.:	<input type="text"/>
		Όνοματεπώνυμο	<input type="text"/>

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΡΩΤΗΣΕΩΣ	
Εντολή εισαγωγής από τον ιατρό:	<input type="text"/>
Κωδικός ιατρού:	<input type="text"/>
A. Επείγουσα εισαγωγή: Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών:	<input type="checkbox"/>
B. Προγραμματισμένη εισαγωγή:	<input type="checkbox"/>
Τμήμα Εξωτερικών Ιατρείων:	<input type="checkbox"/>
Άλλο:	<input type="checkbox"/>

Αιτία εισαγωγής:	<input type="text"/>
Κωδ. ICD (παχύσαφα έκδοση)	<input type="text"/>

Παρατηρήσεις εισόδου:	<input type="text"/>
-----------------------	----------------------

Κλινική εισαγωγής:	<input type="text"/>	Κωδ. Κλινικής:	<input type="text"/>
Προβλεπόμενη διάρκεια νοσηλείας έως:	<input type="text"/>		

Ημερομηνία εισαγωγής:	<input type="text"/>	Ο/Η Ιατρός
-----------------------	----------------------	------------

ΕΓΚΡΙΣΗ ΑΠΟ ΤΟΝ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟ ΦΟΡΕΑ	(υπογραφή - σφραγίδα)
-----------------------------------	-----------------------

ΒΕΒΑΙΩΝΕΤΑΙ ΟΤΙ:

Ο/η παραπάνω αναφερόμενος ασθενής εισήλθε στο Νοσοκομείο την / / 202

Ο/Η Ελεγκτής Ιατρός

* Χρησιμοποιείται για την περίπτωση έγκρισης από τον Ασφαλιστικό Φορέα

ΠΡΟΚΡΑΤΟΥΣ ΒΑΛΕΝΤΙΑΝΗΣ Τ.Κ. 152 06 ΠΗΛΑΪ 2132052200 FAX: 2132052411

ΚΩΔ.: 30131

Ενότητα Γ. & Κ. Π.Ι.Σ.Υ.Π.Υ.Σ. Δ.Ε. Τηλ. 210-2445770