**ΦΥΛΛΟ ΣΥΜΜΟΡΦΩΣΗΣ**

| **ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΠΡΟΔΙΑΓΡΑΦΕΣ** | **ΑΠΑΙΤΗΣΗ** | **ΑΠΑΝΤΗΣΗ** | **ΠΑΡΑΠΟΜΠΗ** |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. Να περιγραφεί ο τύπος του προσφερόμενου δοσιμέτρου (ολόσωμο, οφθαλμού) | ΝΑΙ |  |  |
| 2. Να περιγραφεί η τεχνολογία μέτρησης (film, TLD, άλλο) | ΝΑΙ |  |  |
| 3. Τα προσφερόμενα δοσίμετρα να είναι κατάλληλα για χρήση σε Χ και γ ακτινοβολίες. Να δοθεί το εύρος ενεργειών. | ΝΑΙ |  |  |
| 4. Να δοθεί το εύρος των μετρούμενων δόσεων. Ελάχιστη τιμή 0.1 mSv. | ΝΑΙ |  |  |
| 5. Το εργαστήριο που παρέχει υπηρεσίες δοσιμέτρησης προσωπικού θα πρέπει: | ΝΑΙ |  |  |
| * Να είναι εξουσιοδοτημένο από την Ελληνική Επιτροπή Ατομικής Ενέργειας ως «υπηρεσία δοσιμετρίας», κατά την έννοια του στοιχείου 100 του άρθρου 4 και του άρθρου 81 του ΠΔ 101 (ΦΕΚ 194/Α/20-11-2018).
 | ΝΑΙ |  |  |
| * Να είναι διαπιστευμένο σύμφωνα με τις απαιτήσεις του προτύπου ISO/IEC 17025 «Γενικές απαιτήσεις για την ικανότητα των εργαστηρίων δοκιμών και διακριβώσεων» ή ισοδύναμου. Η διαπίστευση να αφορά την μέτρηση ατομικών δοσιμέτρων όπως αυτά περιγράφονται στην παρούσα διακήρυξη.
 | ΝΑΙ |  |  |
| * Να συμμορφώνεται με το πρότυπο EN/IEC 62387:2016 (EN/IEC 62387-1:2012 τροποποιημένο) «Όργανα προστασίας από ακτινοβολία – Ολοκληρωμένα παθητικά συστήματα δοσιμετρίας για ατομική, περιβαλλοντική και παρακολούθηση στον χώρο εργασίας ακτινοβολιών βήτα και φωτονίων».
 | ΝΑΙ |  |  |
| * Να αποστέλλει σε μηνιαία βάση ατομικά δοσίμετρα κατάλληλου τύπου στο Νοσοκομείο. Εξαίρεση θα αποτελεί η περίοδος Ιουλίου-Αυγούστου η οποία θα καλύπτεται με 1 δοσίμετρο.
 | ΝΑΙ |  |  |
| * Κάθε δοσίμετρο να φέρει ειδική σήμανση ώστε να μπορεί να αναγνωρίζει κάθε εκτιθέμενος εργαζόμενος το δοσίμετρο που θα πρέπει να χρησιμοποιήσει.
 | ΝΑΙ |  |  |
| * Σε κάθε δοσίμετρο να αναγράφεται η περίοδος χρήσης του.
 | ΝΑΙ |  |  |
| * Δοσίμετρα που δεν επεστράφησαν έγκαιρα να μπορούν να μετρηθούν εντός 3 μηνών από την προβλεπόμενη ημερομηνία μέτρησης τους.
 | ΝΑΙ |  |  |
| * Τα αποτελέσματα ατομικής δοσιμέτρησης θα ανακοινώνονται στον επόπτη ακτινοπροστασίας εντός 30 ημερολογιακών ημερών από την παραλαβή των ατομικών δοσιμέτρων σε έντυπη και ηλεκτρονική μορφή. Ο επόπτης ακτινοπροστασίας θα έχει τη δυνατότητα απομακρυσμένης εσόδου στο σύστημα δοσιμέτρησης για παρακολούθηση των μετρήσεων και εξαγωγή στατιστικών στοιχείων
 | ΝΑΙ |  |  |
| * Κατά την έναρξη της συνεργασίας θα υπογραφεί συμφωνητικό προστασίας προσωπικών δεδομένων.
 | ΝΑΙ |  |  |
| Η προσφορά μπορεί να περιλαμβάνει το ένα ή και τα δύο είδη δοσιμέτρων | ΝΑΙ |  |  |
| Η προσφορά θα περιλαμβάνει αναλυτικά τις χρεώσεις για: |  |  |  |
| Α) Μέτρηση δοσιμέτρου (εκτιμώμενη ποσότητα ολόσωμων : 140 εργαζόμενοι ετησίως, εκτιμώμενη ποσότητα οφθαλμού: 17 εργαζόμενοι ετησίως) | ΝΑΙ |  |  |
| Β) Νέο δοσίμετρο | ΝΑΙ |  |  |
| Γ) Κατεστραμμένο δοσίμετρο | ΝΑΙ |  |  |
| Δ) Μη επιστρεφόμενο δοσίμετρο. Να δηλωθεί το χρονικό διάστημα στο οποίο ένα δοσίμετρο θεωρείται ως μη επιστρεφόμενο και χρεώνεται. | ΝΑΙ |  |  |
| Εκτιμώμενη ποσότητα για τις κατηγορίες Β, Γ & Δ: 50 δοσίμετρα ετησίως | ΝΑΙ |  |  |
| Οι χρεώσεις θα περιλαμβάνουν τα έξοδα μεταφοράς από το εργαστήριο δοσιμέτρησης προς το Νοσοκομείο. | ΝΑΙ |  |  |

**Ημερομηνία, ………/………./2022**

(Σφραγίδα και υπογραφή νόμιμου εκπροσώπου)