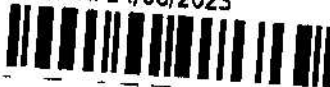


ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
ΔΙΟΙΚΗΣΗ 6^{ης} Υ.ΠΕ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ, ΙΟΝΙΩΝ ΝΗΣΩΝ,
ΗΠΕΙΡΟΥ & ΔΥΤ.ΕΛΛΑΔΑΣ
Γ.Ν. Αιτωλοακαρνανίας –
Οργανικής Μονάδα Έδρας Αγρίνιο
Ταχ. Δ/ση : 3^ο χλμ ΕΟ Αγρινίου-Αντιρρίου
Τ.Κ. : 30132
Γραφείο Διοικητή
Τηλέφωνο: 2641361551

6η ΥΠΕ
Ν.Μ. ΑΓΡΙΝΙΟΥ
ΑΡ.ΠΡΩΤ. : 12158
ΗΜ/ΝΙΑ: 24/08/2023



ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ

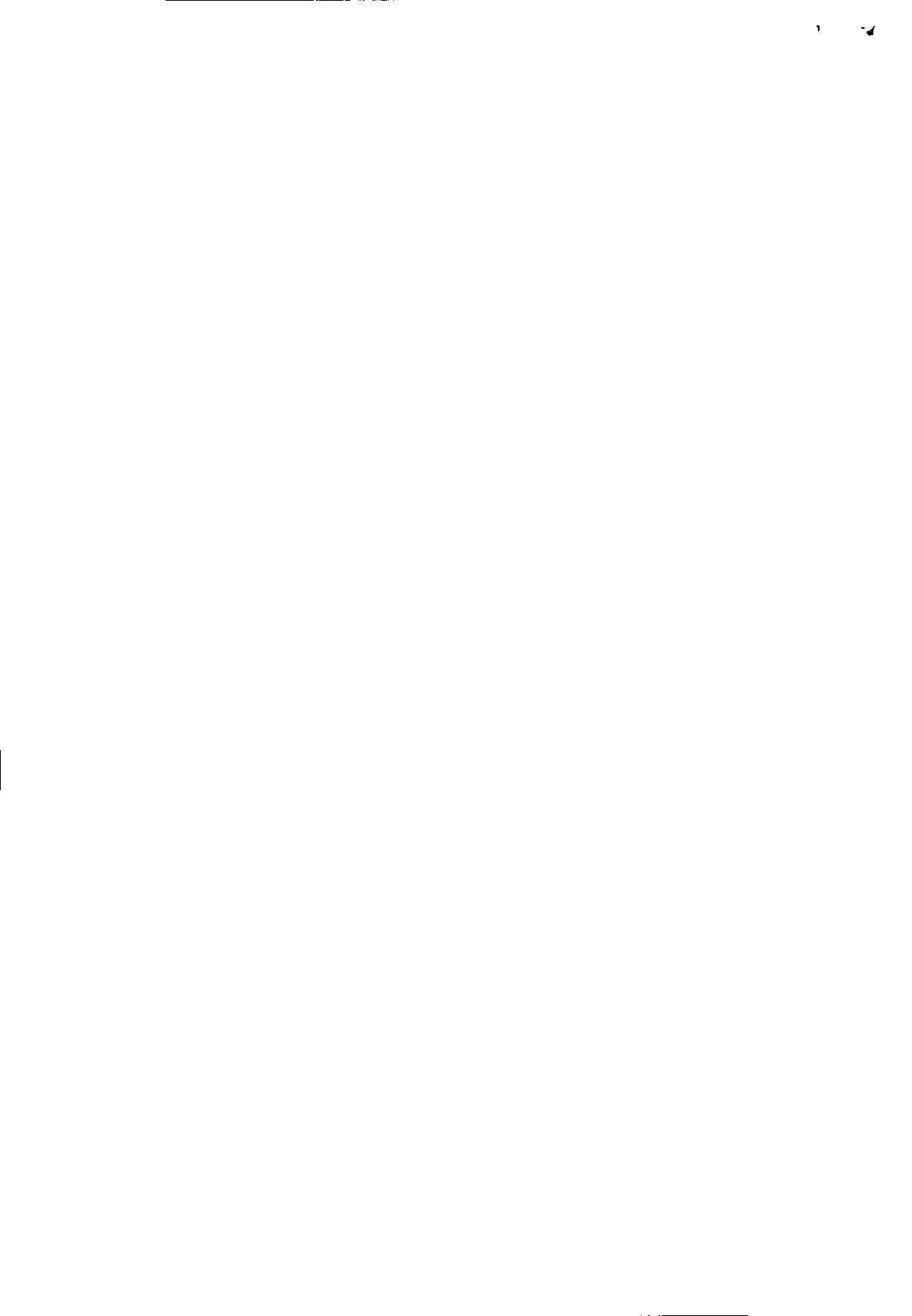
ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΝΑΡΞΗ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑΣ ΜΕ ΕΝΑΝ (1) ΙΔΙΩΤΗ ΙΑΤΡΟ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΑΣ ΚΑΙ ΕΝΑΝ (1) ΙΔΙΩΤΗ ΙΑΤΡΟ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΒΙΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ ΜΟΝΟ ΓΙΑ ΕΦΗΜΕΡΙΕΣ ΜΕ ΚΑΘΕΣΤΩΣ ΕΚΔΟΣΗΣ ΔΕΛΤΙΟΥ ΑΠΟΔΕΙΞΗΣ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΣΤΟ Γ.Ν.ΑΙΤΩΛΟΑΚΑΡΝΑΝΙΑΣ - ΟΡΓΑΝΙΚΗΣ ΜΟΝΑΔΑΣ ΕΔΡΑΣ ΑΓΡΙΝΙΟ.

Έχοντας υπόψη:

1. Τις διατάξεις του Ν. 3329/05 (ΦΕΚ 81/τ.Α'/4.4.05) όπως τροποποιήθηκε με το Ν. 3527/2007, (ΦΕΚ 25/τ.Α'/9.2.07) και ισχύει σήμερα.
2. Τις διατάξεις της παρ. 1, του αρ. 41, του ν. 4058/2012 (Α'63), όπως τροποποιήθηκε, συμπληρώθηκε και ισχύει.
3. Τις διατάξεις της παρ. 4 του άρθρου 9 του Π.Δ. 80/2016 (τ.Α'/145) «Ανάληψη υποχρεώσεων από τους διατάκτες» (Φ.Ε.Κ. 145/τ.Α'/5.8.2016).
4. Την με αριθμ.πρωτ.Γ4β/Γ.Π.οικ.80801/24-12-2021 (ΦΕΚ 1116/ΥΟΔΔ/31-12-2021, ΑΔΑ:68ΘΜ465ΦΥΟ-294) απόφαση του Υπουργείου Υγείας με θέμα «Διορισμός Προσωρινού Διοικητή στο Γ.Ν. ΑΙΤΩΛΟΑΚΑΡΝΑΝΙΑΣ, αρμοδιότητας της 6^{ης} Υ.Πε. Πελοποννήσου, Ιονίων Νήσων, Ηπείρου & Δυτ. Ελλάδος, κ. ΣΕΡΑΣΚΕΡΗ ΜΙΧΑΗΛ».
5. Το υπ' αριθμ. πρωτ. 10509/11-07-2023 αίτημα της Ν.Μ. Αγρινίου του Γ.Ν. Αιτωλοακαρνανίας προς την 6^η Υ.ΠΕ.
6. Την υπ' αριθμ. πρωτ. Γ4β/39403/21-08-2023 Απόφαση του Υφυπουργού Υγείας με θέμα: «ΕΓΚΡΙΣΗ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑΣ του ΓΝ ΑΙΤ/ΝΙΑΣ-ΝΜ ΑΓΡΙΝΙΟΥ ΜΕ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟΥΣ ΣΥΝΕΡΓΑΤΕΣ, ΙΔΙΩΤΕΣ ΙΑΤΡΟΥΣ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΑΣ & ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΒΙΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ ΜΟΝΟ ΓΙΑ ΕΦΗΜΕΡΙΕΣ ΜΕ ΚΑΘΕΣΤΩΣ ΕΚΔΟΣΗΣ ΔΕΛΤΙΟΥ ΑΠΟΔΕΙΞΗΣ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ».
7. Την με αριθμ. πρωτ. Β2.α./οικ. 43819/17-08-2023 βεβαίωση του Γ.Δ.Ο.Υ. του Υ.Υ.

ΤΟ Γ.Ν.ΑΙΤΩΛΟΑΚΑΡΝΑΝΙΑΣ - ΟΡΓΑΝΙΚΗΣ ΜΟΝΑΔΑΣ ΕΔΡΑΣ ΑΓΡΙΝΙΟ
ΚΑΛΕΙ ΣΕ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΙΔΙΩΤΕΣ ΙΑΤΡΟΥΣ, ΩΣ ΚΑΤΩΘΙ:

A/A	ΦΟΡΕΑΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΘΕΣΕΩΝ	ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	ΧΡΟΝΙΚΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ
1	ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΙΤΩΛΟΑΚΑΡΝΑΝΙΑΣ-ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΑΓΡΙΝΙΟΥ	1	ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΒΙΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ	12 ΜΗΝΕΣ
2		1	ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΑΣ	



Οι δύο ιατροί των άνω ειδικοτήτων θα απασχοληθούν μόνο για εφημερίες με καθεστώς έκδοσης από τον ιατρό δελτίου απόδειξης παροχής υπηρεσιών για χρονικό διάστημα 12 μηνών.

Οι υποψήφιοι πρέπει:

1. Να έχουν την Ελληνική Ιθαγένεια πλην όσων προέρχονται από κράτη μέλη της Ε.Ε.
2. Να έχουν την υγεία και φυσική καταλληλότητα που απαιτείται για την εκτέλεση των καθηκόντων της θέσης που επιλέγουν.
3. Να μην έχουν καταδικαστεί για αδικήματα ασυμβίβαστα με την δημοσιούπαλληλική ιδιότητα.
4. Οι άνδρες να έχουν εκπληρώσει τις στρατιωτικές τους υποχρεώσεις ή να έχουν νόμιμη απαλλαγή.
5. Εφόσον προσληφθούν να εγγραφούν στη Δ.Ο.Υ. ως επιτηδευματίες.
6. Να έχουν τους απαιτούμενους τίτλους σπουδών.

Δικαιολογητικά

Τα δικαιολογητικά που απαιτούνται και θα κατατεθούν με την αίτηση υποψηφιότητας είναι τα εξής:

1. Αίτηση (Παράρτημα Ι).
2. Υπεύθυνη δήλωση στην οποία θα αναφέρουν ότι δεν έχουν καταδικαστεί για αδικήματα ασυμβίβαστα με την δημοσιούπαλληλική ιδιότητα.
3. Αντίγραφο αστυνομικού δελτίου ταυτότητας.
4. Πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης.
5. Αντίγραφο πτυχίου. Σε περίπτωση πτυχίου πανεπιστημίου της αλλοδαπής απαιτείται το πτυχίο με τη σφραγίδα της Χάγης, η επίσημη μετάφρασή του και η απόφαση ισοτιμίας του ΔΟΑΤΑΠ, όπου απαιτείται. Όλα τα ξενόγλωσσα πτυχία και πιστοποιητικά θα πρέπει απαραίτητως να έχουν μεταφραστεί επίσημα στην ελληνική γλώσσα από τις αρμόδιες προς τούτο αρχές της ημεδαπής. Στα απλά πρωτοαντίγραφα των ξενόγλωσσων πτυχίων και πιστοποιητικών θα πρέπει να φαίνεται και η σφραγίδα της Χάγης (APOSTILLE) που έχει τεθεί στο πρωτότυπο πτυχίο ή πιστοποιητικό. Σε κάθε περίπτωση και σύμφωνα με τα οριζόμενα στις αριθμ.ΔΙΣΚΠΟ/Φ.15/οικ.8342/1-4-2014 (ΑΔΑ:ΒΙΗ0Χ-6ΥΖ) και ΔΙΑΔΠ/Φ Α.2.3/21119/1-9-2014 (ΑΔΑ:ΒΜ3ΛΧ-ΥΝ9) εγκυκλίου του Υπουργείου Εσωτερικών και Διοικητικής Ανασυγκρότησης, γίνονται υποχρεωτικά αποδεκτά ευκρινή φωτοαντίγραφα ξενόγλωσσων πτυχίων και πιστοποιητικών, υπό την προϋπόθεση ότι τα έγγραφα αυτά έχουν επικυρωθεί πρωτίστως από δικηγόρο.
6. Αντίγραφο απόφασης άδειας ασκήσεως ιατρικού επαγγέλματος.
7. Αντίγραφο απόφασης χορήγησης τίτλου ειδικότητας.
8. Έγγραφο απόδειξης εμπειρίας
9. Βεβαίωση εγγραφής στον οικείο Ιατρικό Σύλλογο, στην οποία να βεβαιώνεται ο συνολικός χρόνος άσκησης του ιατρικού επαγγέλματος, η ασκούμενη ειδικότητα και ο συνολικός χρόνος άσκησης της.
10. Πιστοποιητικά υγείας από Παθολόγο ή Γενικό Ιατρό και Ψυχίατρο.
11. Φορολογική Ενημερότητα.
12. Ασφαλιστική Ενημερότητα.
13. Βιογραφικό.

Αμοιβή

Οι ιατροί θα συμμετέχουν μόνο στις εφημερίες του Νοσοκομείου με αμοιβή ίση με αυτή του Επιμελητή Β' και όπως αυτή θα προκύπτει από το εγκεκριμένο μηνιαίο εφημεριακό πρόγραμμα.

Υποβολή αιτήσεων συμμετοχής

Οι ενδιαφερόμενοι καλούνται να υποβάλλουν αίτηση συμμετοχής με τα απαραίτητα δικαιολογητικά αυτοπροσώπως, είτε με άλλο εξουσιοδοτημένο από αυτούς πρόσωπο, είτε και ταχυδρομικά με συστημένη επιστολή ή με εταιρεία ταχυμεταφοράς από 25 Αυγούστου 2023 ημέρα Παρασκευή και ώρα 08.00π.μ. μέχρι και 30 Αυγούστου 2023 ημέρα Τετάρτη και ώρα 15:00μ.μ., στη Γραμματεία του Νοσοκομείου κατά τις εργάσιμες ημέρες και ώρες στην Διεύθυνση:

«ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΙΤΩΛΟΑΚΑΡΝΑΝΙΑΣ - ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΑΓΡΙΝΙΟΥ, ΓΡΑΦΕΙΟ ΔΙΟΙΚΗΤΗ, 3^ο χλμ ΕΟ Αγρινίου-Αντιρρίου, ΤΚ 30132 Αγρίνιο» με την ένδειξη

«ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΤΟΥ Γ.Ν. ΑΙΤΩΛΟΑΚΑΡΝΑΝΙΑΣ-ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΑΓΡΙΝΙΟΥ ΜΕ ΙΔΙΩΤΗ ΙΑΤΡΟ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑΣ ΜΕ ΚΑΘΕΣΤΩΣ ΕΚΔΟΣΗΣ ΔΕΛΤΙΟΥ ΑΠΟΔΕΙΞΗΣ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ»

Για τις αιτήσεις που θα αποσταλούν ταχυδρομικώς η ημερομηνία υποβολής προκύπτει είτε από την σφραγίδα του ταχυδρομείου είτε από το αποδεικτικό παράδοσης στην εταιρεία ταχυμεταφοράς.

Αιτήσεις που υποβάλλονται μετά την λήξη της προθεσμίας δεν γίνονται δεκτές.

Η τελική επιλογή θα γίνει από την Διοίκηση του Γ.Ν. Αιτωλοακαρνανίας.

Η παρούσα πρόσκληση αναρτάται στην ΔΙΑΥΓΕΙΑ, στην ιστοσελίδα και τον πίνακα ανακοινώσεων του Νοσοκομείου και κοινοποιείται στον Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο και στον Ιατρικό Σύλλογο Αγρινίου.

**ΘΕΩΡΗΘΗΚΕ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΚΡΙΒΕΙΑ
Η ΠΡΟΪΣΤΑΜΕΝΗ ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑΣ**

**Ο ΔΙΟΙΚΗΤΗΣ
ΣΕΡΑΣΚΕΡΗΣ ΜΙΧΑΗΛ**



**ΠΑΠΑΙΩΑΝΝΟΥ ΕΛΕΝΗ
ΠΡΟΪΣΤΑΜΕΝΗ ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑΣ
ΤΕ ΔΙΟΙΚ. ΜΟΝΑΔΩΝ
ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ**

ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ:

- 1) 6^η Υ.Π.Ε. Πελοποννήσου, Ιονίων Νήσων, Ηπείρου και Δυτ. Ελλάδας- Υπάτης 1, ΤΚ. 26441, Πάτρα -email: protokollo@dypede.gr
- 2) Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο-Πλουτάρχου 3- ΤΚ.10675-ΑΘΗΝΑ - email: pisinfo@pis.gr
- 3) Ιατρικό Σύλλογο Αγρινίου - Ηλία Ηλιού 5, ΤΚ.30132 Αγρίνιο- email: info@isagrinio.gr

ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΔΙΑΝΟΜΗ:

- Γραφείο Διοικητή-Δ/ντή Ιατρικής Υπηρεσίας- Πρόεδρο Ε.Σ.- Δ/ντή Παθολογικού Τομέα & Χειρουργικού Τομέα Ιατρικής Υπηρεσίας- Δ/ντή Μ+Γ Κλ.- Δ/ντή Καρδιολογικής Κλ.
- Δ/ντή-Υπ/ντή Δ/κού-Οικ/κού- Τμ.Διαχ.Ανθρ/νου Δυναμικού-Τμ. Οικονομικό
- Πίνακα Ανακοινώσεων

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΥΠΟΔΕΙΓΜΑ ΑΙΤΗΣΗΣ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ

ΠΡΟΤΑΣΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ

ΓΙΑ ΤΗ ΘΕΣΗ:.....

Επώνυμο:

Όνομα:

Όνομα πατρός:

Αριθμός τηλεφώνου:

E-mail:

Ημερομηνία γέννησης:

Δηλώνω υπεύθυνα ότι:

A) Αποδέχομαι τους όρους της υπ' αριθμ..... πρόσκλησης εκδήλωσης ενδιαφέροντος για υποβολή πρότασης.

B) Διαθέτω όλα τα δικαιολογητικά που αποδεικνύουν όσα αναφέρω στην παρούσα (σε πρωτότυπα ή επίσημα αντίγραφα).

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 πρόταση μου γίνει δεκτή.

Ημερομηνία:

Όνοματεπώνυμο:

Υπογραφή:

