



**ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ**

ΑΝΑΡΤΗΤΕΑ

**6η ΥΠΕ**

**ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΗΛΕΙΑΣ  
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΠΥΡΓΟΥ  
ΤΜΗΜΑ ΔΙΑΧ. ΑΝΘΡ. ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ**

Ταχ. Διεύθυνση: Ε.Ο. Πύργου - Πατρών

Ταχ. Κώδικας: 27131

Πληροφορίες: Κ. Γαλιάτσου

Τηλέφωνο: 2621361103, 1463

Fax: 2621361217

Email:prosopgnpyr@gmail.com

**ΘΕΜΑ: Πρόσκληση εκδήλωσης ενδιαφέροντος για έναρξη συνεργασίας με εξωτερικό συνεργάτη ιατρό ειδικότητας Χειρουργικής με Απόδειξη Παροχής Υπηρεσιών για το Γ.Ν. Ηλείας – Ν.Μ. Πύργου.**

Έχοντας υπόψη:

1. Τις διατάξεις του Ν. 3329/05 όπως τροποποιήθηκε και συμπληρώθηκε από το Ν. 3370/05, το Ν. 3527/07 και τον Ν. 3868/10.
2. Την παρ. 4 του άρθρου 9 του π.δ. 80/2016 (Α'145).
3. Το άρθρο 14 της ΠΝΠ 84/τ.Α/2020, όπως κυρώθηκε με το άρθρο 1 του Ν. 4690/2020 (ΦΕΚ 104τ.Α), όπως τροποποιήθηκε με το αρ. 14 του Ν.4764/2020, το οποίο τροποποιήθηκε με το αρ.16 του Ν. 4790/2021, με τον Ν. 4812/2021, το αρ.52 του Ν. 4825/2021 και την παρ. 3 του τριακοστού τρίτου άρθρου του Ν. 4917/2022.
4. Την υπ' αριθμ. Γ4β/Γ.Π.οικ.589/7-1-20 Απόφαση του Υπουργού Υγείας περί διορισμού του Διοικητή στο ενιαίο Ν.Π.Δ.Δ. με την επωνυμία Γ.Ν. Ηλείας, αρμοδιότητας της 6<sup>ης</sup> ΥΠΕ Πελοποννήσου, Ιονίων Νήσων, Ηπείρου και Δυτικής Ελλάδας (ΦΕΚ 5/10-1-20/τ. Υ.Ο.Δ.Δ.).
5. Την αριθμ.πρωτ. Γ4β/ΓΠοικ41763/8-7-20 Υπουργική Απόφαση (ΦΕΚ 2771/τ.Β/2020) «Κατανομή ιδιωτών ιατρών σε δημόσια νοσοκομεία μεταξύ των ΥΠΕ για την αντιμετώπιση έκτακτων αναγκών».
6. Την υπ' αριθμ.πρωτ. 31546/30-5-22 Απόφαση του Διοικητή της 6<sup>ης</sup> ΥΠΕ Ιονίων Νήσων – Ηπείρου & Δυτικής Ελλάδας με θέμα: «Έγκριση συνεργασίας του Γ.Ν. Ηλείας – Ν.Μ. Πύργου με εξωτερικό συνεργάτη, ιδιώτη ιατρό ειδικότητας Χειρουργικής με καθεστώς έκδοσης Δελτίου Απόδειξης Παροχής Υπηρεσιών».
7. Τον οργανισμό του Γ.Ν. Ηλείας – Ν.Μ. Πύργου (ΦΕΚ 3473/31-12-12/τ.Β').
8. Τις έκτακτες ανάγκες δημόσιας υγείας λόγω της διασποράς του κορωνοϊού COVID-19.

**Το Γενικό Νοσοκομείο Ηλείας – Νοσηλευτική Μονάδα Πύργου** για την αντιμετώπιση έκτακτων αναγκών δημόσιας υγείας λόγω της διασποράς του κορωνοϊού COVID-19, ενδιαφέρεται να συνεργαστεί με έναν (1) ιδιώτη ιατρό ειδικότητας Χειρουργικής με καθεστώς έκδοσης δελτίου παροχής υπηρεσιών για χρονικό διάστημα δύο (2) μηνών και όχι πέραν της 30<sup>ης</sup>/6/2022, όπως παρακάτω:

**-Συνεργασία με έναν (1) ιατρό ειδικότητας Χειρουργικής** για παροχή υπηρεσιών κατά το τακτικό ωράριο των νοσοκομειακών ιατρών, ήτοι επτάωρο, συνεχές, πρωινό και πενήθερο από Δευτέρα έως Παρασκευή, από 8:00 έως 15:00 και για συμμετοχή στο πρόγραμμα εφημεριών του Χειρουργικού Τμήματος ανάλογα με τις ανάγκες του τμήματος.

**Για την κατάληψη της ανωτέρω θέσης απαιτείται οι υποψήφιοι/οι να έχουν:**

- α) Ελληνική ιθαγένεια πλην όσων προέρχονται από Κράτη Μέλη της Ε.Ε.
- β) Να έχουν την υγεία και φυσική καταλληλότητα που απαιτείται για την εκτέλεση των καθηκόντων της θέσης.
- γ) Να μην έχουν καταδικαστεί για αδικήματα ασυμβίβαστα με την ιδιότητα των δημοσίων υπαλλήλων.
- δ) Οι άνδρες να έχουν εκπληρώσει τις στρατιωτικές τους υποχρεώσεις ή να έχουν νόμιμη απαλλαγή.
- ε) Να εγγραφούν στην Δ.Ο.Υ. ως επιτηδευματίες, έπειτα από τη σύναψη σύμβασης παροχής υπηρεσιών.
- στ) Να κατέχουν τους απαιτούμενους τίτλους σπουδών.

**Αμοιβή:**

Η μηνιαία αμοιβή για παροχή υπηρεσιών τακτικού ωραρίου των ιατρών καθορίζεται σύμφωνα με το άρθρο δέκατο τέταρτο της από 13-04-2020 Πράξης Νομοθετικού Περιεχομένου (ΦΕΚ 84/Α/2020) όπως κυρώθηκε με το αρ. 1 του Ν. 4690/2020 και αντικαταστάθηκε με το άρθρο όγδοο της από 10-08-2020 Πράξης Νομοθετικού Περιεχομένου (ΦΕΚ 157/Α/2020) και διαμορφώνεται ανάλογα με το χρονικό πλαίσιο των ημερών απασχόλησης. Οι ιατροί δύναται, με απόφαση του Διοικητή του Νοσοκομείου και τη σύμφωνη γνώμη του Διευθυντή του Τμήματος, να συμμετέχουν στις εφημερίες του Νοσοκομείου με αμοιβή ίση με αυτή του Επιμελητή Β΄.

**Δικαιολογητικά:**

- α) Αίτηση – δήλωση σε ειδικό έντυπο (Παράρτημα Ι). Η αίτηση – δήλωση συμπληρώνεται με ακρίβεια και σε όλα τα στοιχεία που περιλαμβάνει.
- β) Υπεύθυνη δήλωση του Ν. 1599/1986 στην οποία θα αναφέρουν ότι δεν έχουν καταδικαστεί για αδικήματα ασυμβίβαστα με την ιδιότητα του δημοσίου υπαλλήλου.
- γ) Πιστοποιητικού γέννησης ή του δελτίου αστυνομικής ταυτότητας ή διαβατηρίου. Όταν πρόκειται για πολίτη κράτους μέλους της Ευρωπαϊκής Ένωσης απαιτείται και επίσημη μετάφραση των δικαιολογητικών αυτών. δ) Πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης.
- γ) Αντίγραφο Πτυχίου. Σε περίπτωση πτυχίου πανεπιστημίου της αλλοδαπής απαιτείται το πτυχίο με τη σφραγίδα της Χάγης, επίσημη μετάφρασή του και η απόφαση ισοτιμίας του ΔΟΑΤΑΠ, όπου απαιτείται. Όλα τα ξενόγλωσσα πτυχία και πιστοποιητικά θα πρέπει απαραίτητα να έχουν μεταφραστεί επίσημα στην ελληνική γλώσσα από τις αρμόδιες προς τούτο αρχές της ημεδαπής. Στα απλά φωτοαντίγραφα των ξενόγλωσσων πτυχίων και πιστοποιητικών θα πρέπει να φαίνεται 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.8342/1-4-14 (ΑΔΑ: ΒΙΗ0Χ-6ΥΖ) και ΔΙΑΔΠ/Φ Α.2.3/21119/1-9-14 (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 από δικηγόρο.
- δ) Αντίγραφο της απόφασης άδειας άσκησης ιατρικού επαγγέλματος.
- ε) Αντίγραφο της απόφασης χορήγησης τίτλου ειδικότητας.
- στ) Βεβαίωση εγγραφής στον οικείο Ιατρικό Σύλλογο, στην οποία να βεβαιώνεται ο συνολικός χρόνος άσκησης του ιατρικού επαγγέλματος, η ασκούμενη ειδικότητα και ο συνολικός χρόνος άσκησής της

- ζ) Βεβαίωση εκπλήρωσης υπηρεσίας υπαίθρου του Υπουργείου Υγείας ή βεβαίωση νόμιμης απαλλαγής του ίδιου Υπουργείου.  
 η) Πιστοποιητικά υγείας από Παθολόγο ή Γενικό Ιατρό και Ψυχίατρο.  
 θ) Βιογραφικό Σημείωμα.

#### **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 1/6/22 έως 7/6/22 στην διεύθυνση:

«ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΗΛΕΙΑΣ – ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΠΥΡΓΟΥ, ΤΜΗΜΑ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ, Ε.Ο. ΠΥΡΓΟΥ ΠΑΤΡΩΝ, ΤΚ 27100» με την ένδειξη «ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΣΛΗΨΗ ΙΑΤΡΩΝ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΜΕ ΑΠΟΔΕΙΞΗ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΓΙΑ ΤΟ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ ΤΟΥ ΓΝ ΗΛΕΙΑΣ – ΝΜ ΠΥΡΓΟΥ».

Ως ημερομηνία κατάθεσης λογίζεται η ημερομηνία αποστολής του φακέλου, η οποία αποδεικνύεται από τη σφραγίδα ταχυδρομείου ή με αποδεικτικό της εταιρείας ταχυμεταφοράς.  
 Αιτήσεις που υποβάλλονται μετά την λήξη της προθεσμίας δεν γίνονται δεκτές.

Η επιλογή θα γίνει από τη Διοίκηση του Γ.Ν. Ηλείας.

Η παρούσα πρόσκληση αναρτάται στο ΔΙΑΥΓΕΙΑ σύμφωνα με τις διατάξεις του Ν. 3861/2010 (ΦΕΚ 112 Α'), στην ιστοσελίδα και τον πίνακα ανακοινώσεων του νοσοκομείου και κοινοποιείται στον Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο, στους Ιατρικούς Συλλόγους Πύργου – Ολυμπίας, Αμαλιάδας και στην 6<sup>η</sup> Υ.Π.Ε. Πελοποννήσου, Ιονίων Νήσων, Ηπείρου & Δυτικής Ελλάδας προκειμένου να αναρτηθεί στον ιστότοπό τους.

**Ο ΔΙΟΙΚΗΤΗΣ Γ.Ν. ΗΛΕΙΑΣ**

**Δρ. ΧΡΗΣΤΟΣ ΧΡΙΣΤΟΠΟΥΛΟΣ MD.PhD.**

#### **ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ:**

- 1) 6<sup>η</sup> Υ.Π.Ε. Πελοποννήσου, Ιονίων Νήσων, Ηπείρου & Δυτικής Ελλάδας
- 2) Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο
- 3) Ιατρικό Σύλλογο Πύργου – Ολυμπίας
- 4) Ιατρικό Σύλλογο Αμαλιάδας

#### **ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΔΙΑΝΟΜΗ:**

- 1) Γραφείο Διοικητή
- 2) Διευθύντρια Ιατρικής Υπηρεσίας
- 3) Επιστημονικό Συμβούλιο
- 4) Διοικητική Διευθύντρια
- 5) Τμήμα Διαχείρισης Ανθρώπινου Δυναμικού

**ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι**  
**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:

Α) αποδέχομαι τους όρους της υπ' αριθμ.....πρόσκλησης εκδήλωσης ενδιαφέροντος για υποβολή πρότασης.

Β) 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 πρότασή μου γίνει δεκτή.

Ημερομηνία:

Ονοματεπώνυμο:

Υπογραφή: