



**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 Παθολογίας με καθεστώς έκδοσης Δελτίου Παροχής Υπηρεσιών.

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).
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^{ης} ΥΠΕ Πελοποννήσου, Ιονίων Νήσων, Ηπείρου και Δυτικής Ελλάδας (ΦΕΚ 5/10-1-20/τ. Υ.Ο.Δ.Δ.).
5. Την αριθμ.πρωτ. Γ4β/ΓΠοικ41763/8-1-20 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. 35010/31-7-20 Απόφαση του Διοικητή της 6^{ης} ΥΠΕ Ιονίων Νήσων – Ηπείρου & Δυτικής Ελλάδας με θέμα: «Έγκριση συνεργασίας νοσοκομείου με εξωτερικό συνεργάτη ιατρό ειδικότητας Παθολογίας με καθεστώς έκδοσης Δελτίου Απόδειξης Παροχής Υπηρεσιών».
7. Την αριθμ. 431^η/1-7-20 Πράξη Διοικητή του Γ.Ν. Ηλείας.
8. Την αριθ.πρωτ. 14146/1-7-20 βεβαίωση δέσμευσης πίστωσης του Οικονομικού Τμήματος της Ν.Μ. Πύργου
9. Τους σοβαρούς κινδύνους για τη δημόσια υγεία και τις έκτακτες ανάγκες του νοσοκομείου.

Καλεί

Τους ενδιαφερόμενους ιδιώτες ιατρούς ειδικότητας Παθολογίας, σε συνεργασία με το Γ.Ν. Ηλείας – Ν.Μ. Πύργου με καθεστώς έκδοσης από αυτόν δελτίου απόδειξης παροχής υπηρεσιών για τη σύναψη σύμβασης, ως ακολούθως:

ΦΟΡΕΑΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΘΕΣΕΩΝ	ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	ΧΡΟΝΙΚΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ
Γ.Ν. ΗΛΕΙΑΣ (Ν.Μ. ΠΥΡΓΟΥ)	1	ΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ	ΕΩΣ 30-9-20

Α. Για την κατάληψη των ανωτέρω θέσεων 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.

Β. Ωράριο απασχόλησης: Τακτικό καθημερινό ωράριο, από Δευτέρα έως και Παρασκευή με τη δυνατότητα συμμετοχής στις εφημερίες του νοσοκομείου.

Γ. Αμοιβή: 2.000 ευρώ μηνιαίως. Η εν λόγω αμοιβή είναι αφορολόγητη, ανεκχώρητη και ακατάσχετη στα χέρια του Δημοσίου ή τρίτων, κατά παρέκκλιση κάθε γενικής και ειδικής διάταξης, δεν υπόκειται σε οποιαδήποτε κράτηση, τέλος ή εισφορά, δεν δεσμεύεται και δεν συμψηφίζεται με βεβαιωμένα χρέη προς τη Φορολογική Διοίκηση και το Δημόσιο εν γένει, τους δήμους, τις περιφέρειες, τα ασφαλιστικά ταμεία ή τα πιστωτικά ιδρύματα και δεν υπολογίζεται στα εισοδηματικά όρια για την καταβολή οποιασδήποτε παροχής κοινωνικού ή προνοιακού χαρακτήρα. Για τη συμμετοχή του ιατρού στις εφημερίες του νοσοκομείου θα αμείβεται με αμοιβή ίση με αυτή του Επιμελητή Β.

Δ. Απαραίτητα 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 της για τη μη καταδίκη, παραπομπή, στερητική δικαστική συμπαράσταση κτλ του/της υποψηφίου/ιας.
- γ) Φωτοαντίγραφο Πτυχίου. Σε περίπτωση πτυχίου πανεπιστημίου κράτους μέλους της Ευρωπαϊκής Ένωσης, απαιτείται και φωτοαντίγραφο επίσημης μετάφρασης. Σε περίπτωση πτυχίων από χώρες εκτός της Ευρωπαϊκής Ένωσης, απαιτείται φωτοαντίγραφο του ξενόγλωσσου πτυχίου, φωτοαντίγραφο επίσημης μετάφρασης και φωτοαντίγραφο της απόφασης ισοτιμίας του ΔΟΑΤΑΠ. Όλα τα ξενόγλωσσα πτυχία και πιστοποιητικά θα πρέπει απαραίτητως να έχουν μεταφραστεί επίσημα στην ελληνική γλώσσα σύμφωνα με τις κείμενες διατάξεις. Στα απλά φωτοαντίγραφα των ξενόγλωσσων πτυχίων και πιστοποιητικών θα πρέπει να φαίνεται και η σφραγίδα της Χάγης (APOSTILE) που έχει τεθεί στο πρωτότυπο πτυχίο ή πιστοποιητικό, όπου αυτή απαιτείται.
- δ) Φωτοαντίγραφο της απόφασης άδειας άσκησης ιατρικού επαγγέλματος.
- ε) Φωτοαντίγραφο της απόφασης χορήγησης τίτλου ειδικότητας.
- στ) Βεβαίωση του οικείου Ιατρικού Συλλόγου. βεβαίωση του οικείου Ιατρικού Συλλόγου στην οποία να βεβαιώνεται ο συνολικός χρόνος άσκησης του ιατρικού επαγγέλματος, η ασκούμενη ειδικότητα και ο συνολικός χρόνος άσκησης της
- ζ) 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.

η) Βεβαίωση εκπλήρωσης υπηρεσίας υπαίθρου του Υπουργείου Υγείας ή βεβαίωση νόμιμης απαλλαγής του ίδιου Υπουργείου.

Ε. Η αίτηση – δήλωση υποψηφιότητας με τα απαραίτητα δικαιολογητικά, υποβάλλεται αυτοπροσώπως ή ταχυδρομικά με απόδειξη στην διεύθυνση:

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΗΛΕΙΑΣ – ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΠΥΡΓΟΥ
ΤΜΗΜΑ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ
Ε.Ο. ΠΥΡΓΟΥ ΠΑΤΡΩΝ
ΤΚ 27100

ΣΤ. Η προθεσμία υποβολής αιτήσεων αρχίζει στις 11-8-2020 και λήγει στις 18-8-2020. Ως ημερομηνία κατάθεσης λογίζεται η ημερομηνία αποστολής του φακέλου, η οποία αποδεικνύεται από τη σφραγίδα ταχυδρομείου ή με αποδεικτικό της εταιρείας ταχυμεταφοράς

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

Η. Η απόφαση - προκήρυξη αναρτάται στο ΔΙΑΥΓΕΙΑ σύμφωνα με τις διατάξεις του Ν. 3861/2010 (ΦΕΚ 112 Α΄) και κοινοποιείται στον Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο, στους Ιατρικούς Συλλόγους Πύργου – Ολυμπίας, Αμαλιάδας, Πατρών και Μεσσηνίας, ενώ αποστέλλεται στην 6^η 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^η Υ.Π.Ε. Πελοποννήσου, Ιονίων Νήσων, Ηπείρου & Δυτικής Ελλάδας
- 2) Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο
- 3) Ιατρικό Σύλλογο Πύργου – Ολυμπίας
- 4) Ιατρικό Σύλλογο Αμαλιάδας
- 5) Ιατρικό Σύλλογο Πατρών
- 6) Ιατρικό Σύλλογο Μεσσηνίας

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: