



**ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ**

6η ΥΠΕ

**ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΗΛΕΙΑΣ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΠΥΡΓΟΥ**

Ταχ. Διεύθυνση: Ε.Ο. Πύργου - Πατρών

Ταχ. Κώδικας: 27131

Τηλέφωνο: 2621361106

Fax: 2621361217

Email: nosokpyrgou@1707.syzefxis.gov.gr

ΑΝΑΡΤΗΤΕΑ

Πύργος, 29/04/2026

Α.Π.15124

ΘΕΜΑ: Πρόσκληση εκδήλωσης ενδιαφέροντος για έναρξη συνεργασίας με εξωτερικό συνεργάτη ιατρό ειδικότητας Γαστρεντερολογίας για τακτικό ωράριο και διενέργεια εφημεριών με Απόδειξη Παροχής Υπηρεσιών για το Γ.Ν. Ηλείας – Ν.Μ. Πύργου.

Έχοντας υπόψη:

1. Την υπ' αριθμ. Γ4β/Γ.Π.οικ. 57289/10-10-22 απόφαση του Υπουργού και της Αν. Υπουργού Υγείας περί διορισμού του Διοικητή στο Γ.Ν. Ηλείας, αρμοδιότητας της 6^{ης} ΥΠΕ (ΦΕΚ 940/10-10-22/τ. Υ.Ο.Δ.Δ.).
2. Τις διατάξεις του Ν. 3329/05 όπως τροποποιήθηκε και συμπληρώθηκε από το Ν. 3370/05, το Ν. 3527/07 και τον Ν. 3868/10.
3. Την παρ. 4 του άρθρου 9 του π.δ. 80/2016 (Α'145).
4. Τις διατάξεις του άρθρου 7 του Ν. 3329/05.
5. Τις διατάξεις της παρ. 1 του άρθρου 41 του ν. 4058/12, όπως τροποποιήθηκε, συμπληρώθηκε και ισχύει.
6. Το απόσπασμα πρακτικού της 6^{ης} /06-02-26 (θ.6) Τακτικής Συνεδρίασης του Διοικητικού Συμβουλίου του Γ.Ν. Ηλείας.
7. Την υπ' αριθμ.πρωτ.6324/19-02-26 Βεβαίωση Δέσμευσης Πίστωσης του Γ.Ν. Ηλείας – Ν.Μ. Πύργου.
8. Την υπ' αριθμ.πρωτ. Β2α/οικ.16599/08-04-2026 βεβαίωση του Γ.Δ.Ο.Υ του Υ.Υ.
9. Την υπ' αριθμ.πρωτ. Γ4β/14197/22-04-26 απόφαση του Υφυπουργού Υγείας με θέμα την έγκριση συνεργασίας του Γενικού Νοσοκομείου Ηλείας – Νοσηλευτικής Μονάδας Πύργου με έναν (1) ιδιώτη ιατρό ειδικότητας Γαστρεντερολογίας, με καθεστώς έκδοσης δελτίου απόδειξης παροχής υπηρεσιών.
10. Τον οργανισμό του Γ.Ν. Ηλείας – Ν.Μ. Πύργου (ΦΕΚ 3473/31-12-12/τ.Β').
11. Τις αυξημένες υπηρεσιακές ανάγκες του νοσοκομείου

Το Γενικό Νοσοκομείο Ηλείας – Νοσηλευτική Μονάδα Πύργου για την αντιμετώπιση των αυξημένων υπηρεσιακών αναγκών, ενδιαφέρεται να συνεργαστεί με έναν (1) ιδιώτη ιατρό ειδικότητας Γαστρεντερολογίας με καθεστώς έκδοσης δελτίου παροχής υπηρεσιών για χρονικό διάστημα δώδεκα (12) μηνών, όπως παρακάτω:

-Συνεργασία με έναν (1) ιδιώτη ιατρό ειδικότητας Γαστρεντερολογίας για παροχή υπηρεσιών κατά το τακτικό ωράριο των νοσοκομειακών ιατρών, ήτοι επτάωρο, συνεχές, πρωινό και

πενθήμερο από Δευτέρα έως Παρασκευή, από 8:00 έως 15:00 και για συμμετοχή στο πρόγραμμα εφημεριών του νοσοκομείου.

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 του ιατρού για παροχή υπηρεσιών κατά το τακτικό ωράριο και για τη συμμετοχή του στο πρόγραμμα των εφημεριών του νοσοκομείου είναι 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.
- ε) 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 απαραίτητως 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.
- στ) Αντίγραφο της απόφασης άδειας άσκησης ιατρικού επαγγέλματος.
- ζ) Αντίγραφο της απόφασης χορήγησης τίτλου ειδικότητας.
- η) Βεβαίωση εγγραφής στον Ιατρικό Σύλλογο, στην οποία να βεβαιώνεται ο συνολικός χρόνος άσκησης του ιατρικού επαγγέλματος, η ασκούμενη ειδικότητα και ο συνολικός χρόνος άσκησης της
- θ) Βεβαίωση εκπλήρωσης υπηρεσίας υπαίθρου του Υπουργείου Υγείας ή βεβαίωση νόμιμης απαλλαγής του ίδιου Υπουργείου.
- ι) Πιστοποιητικά υγείας από Παθολόγο ή Γενικό Ιατρό και Ψυχίατρο.
- κ) 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 04/05/2026 έως 08/05/2026 στην διεύθυνση:

«ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΗΛΕΙΑΣ – ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΠΥΡΓΟΥ, , Ε.Ο. ΠΥΡΓΟΥ ΠΑΤΡΩΝ, ΤΚ 27100» με την ένδειξη «ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΣΛΗΨΗ ΙΑΤΡΟΥ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑΣ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΑΣ ΜΕ ΑΠΟΔΕΙΞΗ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΓΙΑ ΤΟ 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^η Υ.Π.Ε. Πελοποννήσου, Ιονίων Νήσων, Ηπείρου & Δυτικής Ελλάδας προκειμένου να αναρτηθεί στον ιστότοπό τους.

Ο ΔΙΟΙΚΗΤΗΣ Γ.Ν. ΗΛΕΙΑΣ

ΠΟΛΙΤΗΣ ΣΠΥΡΙΔΩΝ

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

ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΔΙΑΝΟΜΗ:

- 1) Γραφείο Διοικητή
- 2) Διευθυντή 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: