



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
6^η ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ
ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ, ΙΟΝΙΩΝ ΝΗΣΩΝ,
ΗΠΕΙΡΟΥ ΚΑΙ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΡΓΟΛΙΔΑΣ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΑΡΓΟΥΣ
ΓΡΑΦΕΙΟ ΔΙΟΙΚΗΤΡΙΑΣ
ΚΟΡΙΝΘΟΥ 191, 21200 ΑΡΓΟΣ
ΤΗΛ: 2751 360146 - 162

Γ.Ν. ΑΡΓΟΛΙΔΑΣ-Ν.Μ. ΑΡΓΟΥΣ 05/07/2021
Α. Π. 9185

ΑΝΑΡΤΗΤΕΑ ΣΤΟ ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ

**ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΤΟΥ Γ.Ν. ΑΡΓΟΛΙΔΑΣ – Ν.Μ. ΑΡΓΟΥΣ
ΜΕ ΙΔΙΩΤΗ ΙΑΤΡΟ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑΣ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ ΜΕ ΚΑΘΕΣΤΩΣ ΕΚΔΟΣΗΣ ΔΕΛΤΙΟΥ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ**

Έχοντας υπόψη:

1. Του Ν.3329/2005 (ΦΕΚ 81Α) «Εθνικό Σύστημα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και λοιπές διατάξεις» όπως τροποποιήθηκε από τις διατάξεις του Ν.3527/2007 (ΦΕΚ 25Α) «Κύρωση συμβάσεων υπέρ Νομικών Προσώπων εποπτευμένων από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και λοιπές διατάξεις»
2. Την παρ.4 του άρθρου 9 του Π.Δ.80/2016 (ΦΕΚ.145/Α/2016).
3. Το άρθρο 14 της ΠΝΠ 84/τ.Α/2020, όπως κυρώθηκε με το αρ. 1 του Ν.4690/2020 (ΦΕΚ 104 τ.Α), όπως τροποποιήθηκε με το άρθρο 14 του Ν.4764/2020, το οποίο τροποποιήθηκε με το άρθρο 16 του Ν.4790/2021, το οποίο τροποποιήθηκε με το άρθρο 31 του Ν.4812/2021.
4. Την υπ' αριθμ. πρωτ.Γ4β/Γ.Π.οικ.1801/13-01-2020 (ΦΕΚ 17/15-01-2020 τεύχος ΥΟΔΔ) Υπουργική Απόφαση με Ορθή Επανακοινοποίηση 16-01-2020 (ΦΕΚ 23/ΥΟΔΔ/16-01-2020), περί διορισμού Διοικήτριας στο Γενικό Νοσοκομείο Αργολίδας.
5. Την αρ.Γ4β/Γ.Π.οικ.41763/02-07-2020 απόφαση κατανομής ιδιωτών ιατρών σε δημόσια νοσοκομεία μεταξύ των Υ.ΠΕ. για την αντιμετώπιση εκτάκτων αναγκών του Υφυπουργού Υγείας που δημοσιεύτηκε στο ΦΕΚ.2771/Β/2020.
6. Το αριθμ. πρωτ. 8889/01.07.2021 έγγραφο της Ν.Μ. Άργους του Γ.Ν. Αργολίδας προς την 6^η ΥΠΕ, με το οποίο αιτείται την έγκριση για την για συνεργασία με ιδιώτη ιατρό με Καθεστώς Έκδοσης Δελτίου Παροχής Υπηρεσιών.
7. Την αρ.πρ.40311/05.07.2021 απόφαση έγκρισης συνεργασίας του Γ.Ν. Αργολίδας-Ν.Μ. Άργους με εξωτερικούς συνεργάτες, ιδιώτες ιατρούς ειδικότητας Παθολογίας με καθεστώς έκδοσης δελτίου απόδειξης παροχής υπηρεσιών του Διοικητή της 6^{ης} ΥΠΕ.
8. Την 20^η/05.07.2021 (θέμα 4^ο ΕΗΔ) πράξη Δ.Σ. του Γενικού Νοσοκομείου Αργολίδας.
9. Τις υπηρεσιακές ανάγκες για την ομαλή και εύρυθμη λειτουργία του Γ.Ν. Αργολίδας – Ν.Μ. Άργους.

Το Γενικό Νοσοκομείο Αργολίδας – Νοσηλευτική Μονάδα Άργους

για την αντιμετώπιση έκτακτων αναγκών δημόσιας υγείας λόγω της διασποράς του κορωνοϊού COVID-19 καθώς και για την κάλυψη αναγκών σε προσωπικό, **ενδιαφέρεται να συνεργαστεί με έναν (1) ιδιώτη ιατρό Ειδικότητας Παθολογίας**, με καθεστώς έκδοσης δελτίου παροχής υπηρεσιών, με πλήρη ή μερική απασχόληση και συμμετοχή στο πρόγραμμα εφημεριών ανάλογα με τις ανάγκες του Νοσοκομείου και του μηνιαίου προγράμματος εφημεριών, όπως αυτό εγκρίνεται από τα θεσμικά όργανα της Ιατρικής Υπηρεσίας.

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 φωτοαντίγραφα 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) εγκυκλίους 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. 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.
9. Πιστοποιητικά υγείας από Παθολόγο ή Γενικό Ιατρό και Ψυχίατρο.
10. Φορολογική Ενημερότητα.
11. Ασφαλιστική Ενημερότητα.
12. Βιογραφικό.

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 (ΦΕΚ 104 τ.Α), όπως τροποποιήθηκε με το άρθρο 14 του Ν.4764/2020, το οποίο τροποποιήθηκε με το άρθρο 16 του Ν.4790/2021, το οποίο τροποποιήθηκε με το άρθρο 31 του Ν.4812/2021.

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 την 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.

Ο ιατρός δύναται, με απόφαση του Διοικητή του Νοσοκομείου και τη σύμφωνη γνώμη του Διευθυντή του

Τμήματος να συμμετέχει στις εφημερίες του Νοσοκομείου με αμοιβή ίση με αυτή του Επιμελητή Β' και όπως αυτή θα προκύπτει από το εγκεκριμένο μηνιαίο πραγματοποιηθέν 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 **06 Ιουλίου 2021 μέχρι και 08 Ιουλίου 2021**, στη Γραμματεία του Νοσοκομείου κατά τις εργάσιμες ημέρες και ώρες προς την Διεύθυνση:

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΡΓΟΛΙΔΑΣ – ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΑΡΓΟΥΣ

ΓΡΑΦΕΙΟ ΔΙΟΙΚΗΤΡΙΑΣ

Ταχ. Δ/ση: Κορίνθου 191–21200 Άργος

με την ένδειξη

«ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΤΟΥ Γ.Ν. ΑΡΓΟΛΙΔΑΣ – Ν.Μ. ΑΡΓΟΥΣ

ΜΕ ΙΔΙΩΤΕΣ ΙΑΤΡΟ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑΣ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ

ΜΕ ΚΑΘΕΣΤΩΣ ΕΚΔΟΣΗΣ ΔΕΛΤΙΟΥ 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. ΑΡΓΟΛΙΔΑΣ – Ν.Μ. ΑΡΓΟΥΣ.

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

Η ΔΙΟΙΚΗΤΡΙΑ ΤΟΥ Γ. Ν. ΑΡΓΟΛΙΔΑΣ

ΜΑΡΙΑ ΣΑΡΙΔΗ

ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ

- 6^η Υ.ΠΕ. Πελοποννήσου, Ιονίων Νήσων, Ηπείρου, και Δυτ. Ελλάδας- Υπάτης 1, ΤΚ. 26441, Πάτρα dype@dypede.gr
- Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο - Πλουτάρχου 3- ΤΚ.10675-ΑΘΗΝΑ - Fax:2107258663 email:pisinfo@pis.gr
- Ιατρικό Σύλλογο Αργολίδας – Ασκληπιού 30, 21100 Ναύπλιο Τηλ.: 27520 24760 email:isargolidos@gmail.com

ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΔΙΑΝΟΜΗ

- Γραφείο Διοικήτριας
- Διευθυντή Ιατρικής Υπηρεσίας
- Πρόεδρο Επιστημονικού Συμβουλίου
- Διευθυντή Παθολογικού Τομέα
- Οικονομικό Τμήμα
- Γραφείο Μισθοδοσίας
- Τμήμα ΔΑΔ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι

ΥΠΟΔΕΙΓΜΑ ΑΙΤΗΣΗΣ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ

ΠΡΟΤΑΣΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ

ΓΙΑ ΤΗ ΘΕΣΗ:

ΕΠΩΝΥΜΟ:

ΟΝΟΜΑ:

ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ:

ΑΡΙΘΜΟΣ ΤΗΛΕΦΩΝΟΥ:

E-mail:

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ :

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 πρόταση μου γίνει δεκτή.

Ημερομηνία:

Ονοματεπώνυμο:

Υπογραφή: