



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

ΑΝΑΡΤΗΤΕΑ ΣΤΟ ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ

**ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΤΟΥ Γ.Ν. ΑΡΓΟΛΙΔΑΣ – Ν.Μ. ΑΡΓΟΥΣ  
ΜΕ ΙΔΙΩΤΗ ΙΑΤΡΟ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑΣ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗ 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 και το άρθρο 52 του ν. 4825/2021.
4. 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.
5. Την υπ' αριθμ. Γ4β/Γ.Π.63963/20.10.2021 Απόφαση του Υπουργείου Υγείας που αφορά στην αποδοχή παραίτησης της Διοικήτριας Μαρίας Σαρίδη(ΦΕΚ 914/Υ.Ο.Δ.Δ./25.10.2021)
6. Την υπ' αριθμ. 58456/29.09.2021 απόφαση του Διοικητή της 6<sup>ης</sup> ΥΠΕ που αφορά στον ορισμό του Γεωργίου Μπιμπή ως Διευθυντή Ιατρικής Υπηρεσίας.
7. Την 33<sup>η</sup>/2021 (θέμα 13<sup>ο</sup> ΕΗΔ) πράξη Δ.Σ. του Γενικού Νοσοκομείου Αργολίδας.
8. Το αριθμ. πρωτ. 15960/09.11.2021 έγγραφο της Ν.Μ. Άργους του Γ.Ν. Αργολίδας προς την 6<sup>η</sup> ΥΠΕ, με το οποίο αιτείται την έγκριση για την για συνεργασία με ιδιώτη ιατρό με Καθεστώς Έκδοσης Δελτίου Παροχής Υπηρεσιών.
9. Την αρ.πρ.67876/10.11.2021 απόφαση έγκρισης συνεργασίας του Γ.Ν. Αργολίδας-Ν.Μ. Άργους με έναν (1) ιδιώτη ιατρό ειδικότητας Παιδιατρικής με καθεστώς έκδοσης δελτίου απόδειξης παροχής υπηρεσιών του Διοικητή της 6<sup>ης</sup> ΥΠΕ.
10. 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 Παιδιατρικής**, με καθεστώς έκδοσης δελτίου παροχής υπηρεσιών όχι πέραν της 31<sup>ης</sup> Δεκεμβρίου 2021.

Ο ιατρός θα παρέχει τις υπηρεσίες του **μόνο κατά την εφημερία της Νοσηλευτικής Μονάδας**, σύμφωνα με την παρ. 2 του δέκατου τετάρτου άρθρου «Απασχόληση ιδιωτών ιατρών σε δημόσια νοσοκομεία για την αντιμετώπιση εκτάκτων αναγκών» της από 13/4/2020 ΠΝΠ ΦΕΚ:84/τ.Α/2020 όπως έχει συμπληρωθεί και ισχύει, με αμοιβή ίση με αυτή του Επιμελητή Β'.

### **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 άσκησης 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 αμοιβή για παροχή υπηρεσιών ιατρών καθορίζεται σύμφωνα με την παρ. 2 του άρθρου δέκατου τέταρτου 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 και το άρθρο 52 του ν. 4825/2021. Η αμοιβή των ιατρών για την εφημεριακή απασχόληση αντιστοιχεί σε αυτή του Επιμελητή Β'.

Σε περίπτωση συμμετοχής των ιατρών του παρόντος σε διαδικασία επιλογής για την πλήρωση θέσεων ιατρών του Ε.Σ.Υ., οι διανυόμενοι μήνες στην παροχή εκ μέρους τους υπηρεσιών κατά την εφημερία των νοσοκομείων σύμφωνα με το πρώτο εδάφιο, μοριοδοτούνται σύμφωνα με τα ισχύοντα για τους επικουρικούς ιατρούς των δημόσιων νοσοκομείων σε άγονες, νησιωτικές, προβληματικές ή απομακρυσμένες περιοχές.

### **Υποβολή αιτήσεων συμμετοχής**

Οι ενδιαφερόμενοι καλούνται να υποβάλλουν αίτηση συμμετοχής με τα απαραίτητα δικαιολογητικά αυτοπροσώπως, είτε με άλλο εξουσιοδοτημένο από αυτούς πρόσωπο, από **16 Νοεμβρίου 2021 μέχρι και 19 Νοεμβρίου 2021 (13:00 μ.μ.)**, στη Γραμματεία του Νοσοκομείου κατά τις εργάσιμες ημέρες και ώρες με την ένδειξη:

**ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΡΓΟΛΙΔΑΣ – ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΑΡΓΟΥΣ**

**ΓΡΑΦΕΙΟ ΔΙΟΙΚΗΤΗ**

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

**ΜΕ ΙΔΙΩΤΗ ΙΑΤΡΟ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑΣ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗΣ**

**ΜΕ ΚΑΘΕΣΤΩΣ ΕΚΔΟΣΗΣ ΔΕΛΤΙΟΥ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΜΟΝΟ ΚΑΤΑ ΤΙΣ ΕΦΗΜΕΡΙΕΣ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ»**

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.

**Ο ΔΙΟΙΚΗΤΗΣ**

**Κ.Α.Α.**

**Ο ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ ΤΗΣ  
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΜΟΝΑΔΑΣ ΑΡΓΟΥΣ**

**ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΜΠΙΜΠΗΣ**

### **ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ**

- 6<sup>η</sup> Υ.ΠΕ. Πελοποννήσου, Ιονίων Νήσων, Ηπείρου, και Δυτ. Ελλάδας- Υπάτης 1, ΤΚ. 26441, Πάτρα [bype@dypede.gr](mailto:bype@dypede.gr)
- Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο - Πλουτάρχου 3- ΤΚ.10675-ΑΘΗΝΑ - Fax:2107258663 email: [pisinfo@pis.gr](mailto:pisinfo@pis.gr)
- Ιατρικό Σύλλογο Αργολίδας – Ασκληπιού 30, 21100 Ναύπλιο Τηλ.: 27520 24760 email: [isargolidos@gmail.com](mailto:isargolidos@gmail.com)

### **ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΔΙΑΝΟΜΗ**

- Γραφείο Διοικητή
- Διευθυντή Ιατρικής Υπηρεσίας
- Πρόεδρο Επιστημονικού Συμβουλίου
- Διευθυντή Παθολογικού Τομέα
- Οικονομικό Τμήμα
- 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:

**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:

Ονοματεπώνυμο:

Υπογραφή: