



**ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ**

**4^η Υγειον. Περιφέρεια Μακεδονίας & Θράκης
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΑΒΑΛΑΣ
Υποδιεύθυνση Διοικητικού
Τμήμα Διαχείρισης Ανθρώπινου Δυναμικού**

TAX. Δ/ΝΣΗ : Άγιος Σίλας
TAX. ΚΩΔΙΚΑΣ : 65500 Καβάλα
ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ : Ε.Βρασίδα
ΤΗΛΕΦΩΝΟ : 2513501545
e-mail : iatryp@kavalahospital.gr

**ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΤΟΥ Γ.Ν.
ΚΑΒΑΛΑΣ ΜΕ ΙΔΙΩΤΗ ΙΑΤΡΟ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΜΕ ΚΑΘΕΣΤΩΣ
ΕΚΔΟΣΗΣ ΔΕΛΤΙΟΥ ΑΠΟΔΕΙΞΗΣ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ**

Ο Διοικητής του Γ.Ν. Καβάλας κ. Γερόπουλος Αχιλλεύς που διορίστηκε με την αριθμ. Γ4β/ΓΠοικ.23329/2023 απόφαση του Υπουργείου Υγείας (ΦΕΚ 379/τ.ΥΟΔΔ/21-4-2023) λαμβάνοντας υπόψη:

- 1.Τις διατάξεις του Ν. 3329/2005 «Εθνικό Σύστημα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και λοιπές διατάξεις» όπως αυτός τροποποιήθηκε και συμπληρώθηκε από τον Ν.3370/05 «Οργάνωση και λειτουργία των υπηρεσιών δημόσιας υγείας και λοιπές διατάξεις» και τον Ν.3527/07 «Κύρωση συμβάσεων υπέρ νομικών προσώπων εποπτευόμενων από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και λοιπές διατάξεις».
2. Τις διατάξεις της παρ. 1 του άρθρου 41 του Ν. 4058/2012 (ΦΕΚ 63/Α`/2012), όπως τροποποιήθηκε, συμπληρώθηκε και ισχύει.
3. Τις διατάξεις του Ν. 4622/2019 (ΦΕΚ 133/Α/2019).
- 4.Την αριθμ. 829/21-6-2023 απόφαση Διοικητική του ΓΝ Καβάλας περί υποβολής αιτήματος διαμέσου της 4^{ης} Υ.ΠΕ. Μακεδονίας και Θράκης αναφορικά με την έγκριση συνεργασίας με ιδιώτη ιατρό Χειρουργικής υπό το καθεστώς έκδοσης δελτίου Α.Π.Υ.
5. Την αριθμ. 14287/20-6-2023 βεβαίωση Δέσμευσης Πίστωσης του ΓΝ Καβάλας.
- 6.Την αριθμ.Γ4β/35393/25-8-2023 απόφαση του Υπουργείου Υγείας «Έγκριση συνεργασίας του Γ.Ν. Καβάλας με έναν (1) ιατρό ειδικότητας Χειρουργικής, με καθεστώς έκδοσης δελτίου απόδειξης παροχής υπηρεσιών».
- 7.Την αριθμ. 21802/27-9-2023 διενεργηθείσα Πρόσκληση εκδήλωσης ενδιαφέροντος για συνεργασία του ΓΝ Καβάλας με ιδιώτη ιατρό Χειρουργικής υπό το καθεστώς δελτίου Α.Π.Υ. η οποία απέβη άγονη.
- 8.Τις από 15-12-2023 οδηγίες που εδόθησαν από την 4^η Υγειονομική Περιφέρεια Μακεδονίας και Θράκης επί του αριθμ. 29086/14-12-2023 υποβληθέντος ερωτήματος του ΓΝ Καβάλας.
- 9.Την αριθμ. 1813/18-12-2023 απόφαση Διοικητή του ΓΝ Καβάλας περί εκ νέου διενέργειας Πρόσκλησης Συνεργασίας στα πλαίσια της αριθμ.Γ4β/35393/25-8-2023 εγκριτικής απόφασης του Υπουργείου Υγείας.

10. Τον Οργανισμό του Γενικού Νοσοκομείου Καβάλας (Υ4α/οικ.122819/2012 Κ.Υ.Α. ΦΕΚ 3506/Β/31-12-2012) όπως τροποποιήθηκε, συμπληρώθηκε και ισχύει.

ΚΑΛΟΥΜΕ

Ειδικευμένο ιατρό Χειρουργικής για να συνεργαστεί με το Γ.Ν. Καβάλας υπό το καθεστώς έκδοσης από αυτόν δελτίου απόδειξης παροχής υπηρεσιών, για την κάλυψη των αυξημένων αναγκών του εν λόγω φορέα σε ιατρικό προσωπικό.

α/α	ΦΟΡΕΑΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΘΕΣΕΩΝ	ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	ΧΡΟΝΙΚΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ
1	ΓΝ ΚΑΒΑΛΑΣ	1	ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ	1 έτος

Θέση - Καθήκοντα

Ο ιατρός θα παρέχει τις υπηρεσίες του στο ΓΝ Καβάλας για την πραγματοποίηση οχτώ (8) πρωινών ωραρίων / μήνα κατά το τακτικό ωράριο των νοσοκομειακών ιατρών δηλαδή επτάωρο συνεχές από 08:00 έως 15:00 και οχτώ (8) ενεργών εφημεριών (εικοσιτετράωρη) / μήνα για χρονικό διάστημα ενός (1) έτους. Ο ιατρός θα τελεί υπό την εποπτεία του Δ/ντή Ιατρικής Υπηρεσίας – Προϊσταμένου του Χειρουργικού τμήματος του ΓΝ Καβάλας.

Γ.ΑΜΟΙΒΗ

Η αμοιβή των παρεχόμενων υπηρεσιών του ειδικευμένου ιατρού Χειρουργικής για την πραγματοποίηση οχτώ (8) πρωινών ωραρίων / μήνα και οχτώ (8) ενεργών εφημεριών (εικοσιτετράωρη) / μήνα έχει προσδιοριστεί με βάση τις αποδοχές ενός ειδικευμένου επικουρικού ιατρού με το βαθμό του Επιμ. Β`.

Οι υποψήφιοι πρέπει να:

1. Κατέχουν την Ελληνική ιθαγένεια πλην όσων προέρχονται από κράτη μέλη της Ε.Ε.
2. Να μην έχουν καταδικαστεί για αδικήματα ασυμβίβαστα με την ιδιότητα των Δημοσίων Υπαλλήλων.
3. Οι άντρες υποψήφιοι να έχουν εκπληρώσει τις στρατιωτικές τους υποχρεώσεις ή να κατέχουν Πιστοποιητικό Νόμιμης Απαλλαγής από αυτές.
4. Να κατέχουν τους απαιτούμενους τίτλους σπουδών.
5. Να κατέχουν άδεια άσκησης ιατρικού επαγγέλματος.
6. Να κατέχουν τίτλο αντίστοιχης με τη θέση ιατρικής ειδικότητας.
7. Να έχουν την υγεία και φυσική καταλληλότητα που απαιτείται για την εκτέλεση των καθηκόντων της θέσης που επιλέγουν.
8. Εφόσον επιλεγθούν να προσκομίσουν βεβαίωση έναρξης από την Δ.Ο.Υ. της επαγγελματικής τους έδρας ως επιτηδευματίες.

ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

1. Αίτηση – δήλωση υποψηφιότητας (επισυνάπτεται σχετικό υπόδειγμα).
2. Υπεύθυνη Δήλωση στην οποία θα αναφέρουν ότι δεν έχουν καταδικαστεί για αδικήματα ασυμβίβαστα με την δημοσιοϋπαλληλική ιδιότητα.
3. Αντίγραφο αστυνομικού Δελτίου Ταυτότητας.

4. Αντίγραφο πτυχίου.

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.

Σύμφωνα με τα οριζόμενα στις υπ' 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 Διοικητικής Μεταρρύθμισης και Ηλεκτρονικής Διακυβέρνησης, γίνονται υποχρεωτικά αποδεκτά ευκρινή αντίγραφα ξενόγλωσσων πτυχίων και πιστοποιητικών, υπό την προϋπόθεση να φαίνεται ότι τα αντίγραφα αυτά έχουν επικυρωθεί από δικηγόρο.

5. Αντίγραφο απόφασης άδειας άσκησης Ιατρικού Επαγγέλματος.

6. Αντίγραφο απόφασης χορήγησης τίτλου Ιατρικής Ειδικότητας.

7. Βεβαίωση εγγραφής Ιατρικού Συλλόγου στην οποία να βεβαιώνεται ο συνολικός χρόνος άσκησης του ιατρικού επαγγέλματος, η ασκούμενη ειδικότητα και ο συνολικός χρόνος άσκησης της.

8. Πιστοποιητικά Υγείας από Παθολόγο ή Γενικό Ιατρό και Ψυχίατρο.

9. Φορολογική ενημερότητα.

10. Ασφαλιστική ενημερότητα.

11. Σύντομο Βιογραφικό Σημείωμα.

ΥΠΟΒΟΛΗ ΑΙΤΗΣΕΩΝ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ

Οι ενδιαφερόμενοι καλούνται να υποβάλλουν την αίτηση συμμετοχής μαζί με τα απαραίτητα δικαιολογητικά είτε αυτοπροσώπως, είτε με άλλο εξουσιοδοτημένο από αυτούς πρόσωπο, εφόσον η εξουσιοδότηση φέρει την υπογραφή τους θεωρημένη από δημόσια αρχή, είτε ταχυδρομικά στην διεύθυνση:

«ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΑΒΑΛΑΣ

ΑΓΙΟΣ ΣΙΛΑΣ Τ.Κ. 65500 ΚΑΒΑΛΑ»

με την ένδειξη «για την πρόσκληση εκδήλωσης ενδιαφέροντος για συνεργασία με ιδιώτη ιατρό Χειρουργό».

Όσοι ιατροί ενδιαφέρονται για τις θέσεις, πρέπει να υποβάλλουν αίτηση μέσα σε αποκλειστική προθεσμία πέντε (5) εργασίμων ημερών από την ημέρα ανάρτησης της πρόσκλησης αυτής, ήτοι από 21-12-2023 έως και 29-12-2023.

Ως ημερομηνία κατάθεσης σε περίπτωση αποστολής των αιτήσεων ταχυδρομικώς, λογίζεται η ημερομηνία αποστολής του φακέλου, η οποία αποδεικνύεται από τη σφραγίδα ταχυδρομείου ή με αποδεικτικό της εταιρείας ταχυμεταφοράς, ο οποίος φάκελος μετά την αποσφράγιση του επισυνάπτεται στην αίτηση του υποψηφίου.

Αιτήσεις που θα υποβληθούν εκπρόθεσμα δεν θα ληφθούν υπόψη.

Η παρούσα Πρόσκληση Εκδήλωσης Ενδιαφέροντος αναρτάται στο ΔΙΑΥΓΕΙΑ και στην ηλεκτρονική Διεύθυνση του Νοσοκομείου μας (www.kavalahospital.gr). Επίσης αποστέλλεται ηλεκτρονικά στην 4^η Υ.ΠΕ. Μακεδονίας και Θράκης και κοινοποιείται στον Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο και στον Ιατρικό Σύλλογο Καβάλας.

Ο ΔΙΟΙΚΗΤΗΣ του Γ.Ν. ΚΑΒΑΛΑΣ

ΓΕΡΟΠΟΥΛΟΣ ΑΧΙΛΛΕΥΣ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι

ΥΠΟΔΕΙΓΜΑ ΑΙΤΗΣΗΣ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ

ΠΡΟΤΑΣΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ 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 πρόταση μου
γίνει δεκτή.

Ημερομηνία:

Ονοματεπώνυμο:

Υπογραφή

