



**ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ**  
**4η ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ**  
**ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ & ΘΡΑΚΗΣ**  
**ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΧΑΛΚΙΔΙΚΗΣ**

**ΠΟΛΥΓΥΡΟΣ :30-01-2024**  
**ΑΡΙΘΜ.ΠΡΩΤ. : 1329**

**ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ ΓΙΑ ΤΗΝ**  
**ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΤΟΥ Γ.Ν. ΧΑΛΚΙΔΙΚΗΣ ΜΕ ΙΔΙΩΤΗ ΙΑΤΡΟ**  
**ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑΣ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΣ - ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΑΣ ΜΕ ΚΑΘΕΣΤΩΣ**  
**ΕΚΔΟΣΗΣ ΔΕΛΤΙΟΥ ΑΠΟΔΕΙΞΗΣ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ**

Ο Διοικητής του Γ.Ν. Χαλκιδικής 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 του άρθρου δέκατου τέταρτου της ΠΝΠ 13.04.2020 (ΦΕΚ 84/τ.Α. /13.04.2020) όπως τροποποιήθηκε και ισχύει με τις διατάξεις του άρθρου 66 του Ν. 5079/2023 (ΦΕΚ 215/τ.Α'/22-12-2023).
3. Τις διατάξεις της παρ.4 του άρθρου 9 του Π.Δ. 80/2016 (ΦΕΚ 145/τ.Α'/05-08-2016)
4. Την υπ' αριθμ.Γ4β/Γ.Π.οικ.201/02-01-2020 Απόφαση του Υπουργού Υγείας, σύμφωνα με την οποία διορίσθηκε ο Δεδελούδης Κωνσταντίνος του Σωτηρίου Διοικητής του Γενικού Νοσοκομείου Χαλκιδικής (ΦΕΚ 3/07-01-2020 τ. Υ.Ο.Δ.Δ.) και την αριθμ. Πρωτ. Γ4β/Γ.Π.οικ.1992/12-01-2023 Απόφαση του Υπουργού Υγείας και της Αναπληρώτριας Υπουργού Υγείας (ΦΕΚ 36/τ.Υ.Ο.Δ.Δ.) περί παράτασης της θητείας του Διοικητή του Γ.Ν. Χαλκιδικής, αρμοδιότητας της 4ης Μακεδονίας και Θράκης, του Δεδελούδη Κωνσταντίνου
5. Το αρ. πρωτ. 577/12-01-2024 αίτημα του Γ.Ν. Χαλκιδικής προς τον Διοικητή της 4<sup>ης</sup> Υγειονομικής Περιφέρειας Μακεδονίας και Θράκης.
6. Την αρ. πρωτ. 2560/23-01-2024 απόφαση του Διοικητή της 4<sup>ης</sup> Υγειονομικής Περιφέρειας Μακεδονίας και Θράκης με θέμα «Έγκριση συνεργασίας ενός (1) ιδιώτη ιατρού, ειδικότητας Μαιευτικής - Γυναικολογίας με το Γ.Ν. Χαλκιδικής, αρμοδιότητας της 4<sup>ης</sup> Υ.ΠΕ. Μακεδονίας και Θράκης για την αντιμετώπιση έκτακτων αναγκών
7. Το απόσπασμα πρακτικών της 3<sup>ης</sup> /θέμα 2<sup>ο</sup> /30-01-2024 (ΑΔΑ: Ψ5Β846907Υ-Φ3Χ) τακτικής συνεδρίασης του Διοικητικού Συμβουλίου του ΓΝ Χαλκιδικής με θέμα «Έγκριση συνεργασίας με ιδιώτη ιατρό ειδικότητας Μαιευτικής – Γυναικολογίας με καθεστώς έκδοσης δελτίου απόδειξης παροχής υπηρεσιών»
8. Τις ανάγκες στελέχωσης με ιατρικό προσωπικό του Μαιευτικού – Γυναικολογικού Τμήματος του Νοσοκομείου για την κάλυψη αυξημένων αναγκών.

## ΚΑΛΕΙ

Ειδικευμένο ιατρό ειδικότητας Μαιευτικής – Γυναικολογίας για να συνεργαστεί με το Γ.Ν. Χαλκιδικής με καθεστώς έκδοσης δελτίου απόδειξης παροχής υπηρεσιών, σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου δέκατου τέταρτου της ΠΝΠ 13.04.2020 (ΦΕΚ 84/τ.Α. /13.04.2020) όπως τροποποιήθηκε και ισχύει με τις διατάξεις του άρθρου 66 του Ν. 5079/2023 (ΦΕΚ 215/τ.Α' /22-12-2023), με την έκδοση Δελτίου Παροχής Υπηρεσιών, διάρκειας έως δύο (2) μήνες, με δυνατότητα παράτασης της συνεργασίας για δύο (2) ακόμη μήνες (διάρκεια ισχύος της νομοθεσίας έως και την 31<sup>η</sup>-03-2024) και τη συμμετοχή του στο πρόγραμμα εφημεριών του Μαιευτικού – Γυναικολογικού Τμήματος με πέντε (5) τουλάχιστον ενεργείς εφημερίες τον μήνα

### **Θέση - Καθήκοντα**

Ο ιατρός θα παρέχει τις υπηρεσίες του στο ΓΝ Χαλκιδικής σε πρωινό ωράριο και θα συμμετέχει στο πρόγραμμα εφημεριών του Μαιευτικού – Γυναικολογικού Τμήματος πραγματοποιώντας πέντε (5) τουλάχιστον ενεργείς εφημερίες ανά μήνα

Ο ιατρός θα τελεί υπό την εποπτεία της Διευθύντριας Ιατρικής Υπηρεσίας.

### **Αμοιβή**

Αμοιβή 2.000,00€ μηνιαίως. Η αμοιβή αυτή 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. Η συμμετοχή του ιατρού στις εφημερίες του νοσοκομείου θα αμείβεται με αμοιβή ίση με αυτή του Επιμελητή 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) εγκυκλίου 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 άσκησής 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 ΧΑΛΚΙΔΙΚΗΣ**  
**ΙΠΠΟΚΡΑΤΟΥΣ 5**  
**Τ.Κ. 63100**  
**ΧΑΛΚΙΔΙΚΗ**

με την ένδειξη «για την πρόσκληση εκδήλωσης ενδιαφέροντος για την συνεργασία του Γ.Ν. Χαλκιδικής με ιδιώτη ιατρό ειδικότητας Μαιευτικής - Γυναικολογίας με καθεστώς έκδοσης Δελτίου Απόδειξης Παροχής Υπηρεσιών». Όσοι ιατροί ενδιαφέρονται για τις θέσεις, πρέπει να υποβάλλουν αίτηση μέσα σε αποκλειστική προθεσμία τριών (3) ημερών από την ημέρα ανάρτησης της πρόσκλησης αυτής, δηλαδή από 30-01-2024 έως και 01-02-2024.

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 ή χωρίς τα απαραίτητα δικαιολογητικά δεν θα ληφθούν υπόψη.

Η παρούσα Πρόσκληση Εκδήλωσης Ενδιαφέροντος αναρτάται στο ΔΙΑΥΓΕΙΑ και στην ηλεκτρονική Διεύθυνση του Νοσοκομείου μας (<http://www.hospitalchalkidiki.gr/>). Επίσης αποστέλλεται ηλεκτρονικά στην 4η

Υ.ΠΕ. Μακεδονίας και Θράκης και κοινοποιείται στον Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο και στον Ιατρικό Σύλλογο Χαλκιδικής.

**Ο ΔΙΟΙΚΗΤΗΣ**  
**του Γ. Ν. Χαλκιδικής**

**Δρ. ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ Σ. ΔΕΔΕΛΟΥΔΗΣ**

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  
πρόταση μου γίνει δεκτή.

Ημερομηνία:

Όνοματεπώνυμο:

Υπογραφή