



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
4η ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ
ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ & ΘΡΑΚΗΣ
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΞΑΝΘΗΣ



ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ: 20/02/2024
ΑΡ. ΠΡΩΤ. : 9240

μ 20/02/2024
. .: 2855

Ξάνθη 20-02-2024
Αριθμ.Πρωτ. : 2855

**ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ
ΓΙΑ ΤΗΝ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΤΟΥ Γ.Ν. ΞΑΝΘΗΣ ΜΕ ΙΔΙΩΤΗ ΙΑΤΡΟ
ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑΣ ΩΤΟΡΙΝΟΛΑΡΥΓΓΟΛΟΓΙΑΣ (ΩΡΛ) ΜΕ ΚΑΘΕΣΤΩΣ ΕΚΔΟΣΗΣ ΔΕΛΤΙΟΥ
ΑΠΟΔΕΙΞΗΣ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ**

Η Διοικήτρια του Γενικού Νοσοκομείου Ξάνθης

έχοντας υπόψη:

1. Την υπ' αριθ. Γ4β/Γ.Π.οικ.91625/30-12-2019 απόφαση του Υπουργού Υγείας (ΦΕΚ 1115/τ.Υ.Ο.Δ.Δ./31-12-2019) περί διορισμού της Διοικήτριας του Γενικού Νοσοκομείου Ξάνθης και την και την υπ' αριθμ. Γ4β/Γ.Π.οικ/74845/28-12-2022 Κοινή Απόφαση Υπουργού και Αναπληρώτριας Υπουργού Υγείας ΦΕΚ 1239/Υ.Ο.Δ.Δ/ 31.12.2022 παράταση αυτής.
2. Τις διατάξεις του Ν.3329/2005 ΦΕΚ 81/τ.Α /04-04-2005 «Εθνικό Σύστημα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και λοιπές διατάξεις».
3. 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).
4. Τις διατάξεις της παρ.4 του άρθρου 9 του Π.Δ. 80/2016 (ΦΕΚ 145/τ.Α' /05-08-2016).
5. Τις διατάξεις του ν. 4622/2019 «Επιτελικό Κράτος: οργάνωση, λειτουργία, διαφάνεια της Κυβέρνησης, των κυβερνητικών οργάνων, και της κεντρικής δημόσιας διοίκησης» (ΦΕΚ133/Α /7-8-2019).
6. Τις διατάξεις του άρθρου 8 της Π.Ν.Π. «Επείγουσες ρυθμίσεις αντιμετώπισης εκτάκτων αναγκών του Εθνικού Συστήματος Υγείας, προστασίας από τη διασπορά του κορωνοϊού COVID-19, στήριξης της αγοράς εργασίας και διευκόλυνσης της εκπαιδευτικής διαδικασίας» (Φ.Ε.Κ. 157/τ.Α/10.08.2020).
7. Το αρ. πρωτ. 1539/30-01-2024 αίτημα του Γ.Ν. Ξάνθης προς τον Διοικητή της 4ης Υγειονομικής Περιφέρειας Μακεδονίας και Θράκης.
8. Την αρ. πρωτ. 6161/05-02-2024 απόφαση του Διοικητή της 4ης Υγειονομικής Περιφέρειας Μακεδονίας και Θράκης με θέμα «Έγκριση συνεργασίας ενός (1) ιδιώτη ιατρού, ειδικότητας Ωτορινολαρυγγολογίας (ΩΡΛ) με το Γ.Ν. Ξάνθης, αρμοδιότητας της 4ης Υ.Π.Ε. Μακεδονίας και Θράκης για την αντιμετώπιση έκτακτων αναγκών
9. Την ανάγκη λήψης μέτρων, προκειμένου να ενισχυθεί το ανθρώπινο δυναμικό του Γ.Ν. Ξάνθης.

ΚΑΛΕΙ

Ειδικευμένο ιατρό ειδικότητας Ωτορινολαρυγγολογίας (ΩΡΛ) για να συνεργαστεί με το Γ.Ν. Ξάνθης 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.

Θέση - Καθήκοντα

Ο ιατρός θα τελεί υπό την εποπτεία της Διοίκησης και της Διεύθυνσης 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.

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. 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. 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 ΞΑΝΘΗΣ

ΝΕΑΠΟΛΗ ΞΑΝΘΗΣ

Τ.Κ. 67100

με την ένδειξη «για την πρόσκληση εκδήλωσης ενδιαφέροντος για την συνεργασία του Γ.Ν. Ξάνθης; με ιδιώτη ιατρό ειδικότητας Ωτορινολαρυγγολογίας (ΩΡΛ) με καθεστώς έκδοσης Δελτίου Απόδειξης Παροχής Υπηρεσιών».

Η προθεσμία υποβολής αιτήσεων αρχίζει την 21-02-2024 και λήγει στις 26-02-2024.

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 (<https://hosp-xanthi.gr/>). Επίσης αποστέλλεται ηλεκτρονικά στην 4^η Υ.ΠΕ. Μακεδονίας και Θράκης και κοινοποιείται στον Ιατρικό Σύλλογο Ξάνθης.

Η Διοικήτρια του Γ.Ν. Ξάνθης

Ροφαέλα Ελένη

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:

Ονοματεπώνυμο:

Υπογραφή