



Νοσοκομείο Ξάνθης 19/12/2025

Α. Π.: 20155

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
4η ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ
ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ & ΘΡΑΚΗΣ
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΞΑΝΘΗΣ
ΤΑΧ.Δ/ΝΣΗ: ΝΕΑΠΟΛΗ, 67100
ΤΜΗΜΑ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ
ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ: Θ. Τσολάκη, Μ. Στεργή
ΤΗΛ.: 2541351158-179
Email:hr@hosp-xanthi.gr

Ξάνθη 19-12-2025

Αρ.Πρωτ.: 20155

**ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ
ΓΙΑ ΤΗΝ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΤΟΥ Γ.Ν. ΞΑΝΘΗΣ ΜΕ ΙΔΙΩΤΗ ΙΑΤΡΟ
ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΜΕ ΚΑΘΕΣΤΩΣ ΕΚΔΟΣΗΣ ΔΕΛΤΙΟΥ ΑΠΟΔΕΙΞΗΣ
ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΑΛΥΨΗ ΚΕΝΩΝ ΕΝΕΡΓΟΥ (ΕΙΚΟΣΙΤΕΤΡΑΩΡΗΣ)
ΕΦΗΜΕΡΙΑΣ**

Η Διοικήτρια του Γενικού Νοσοκομείου Ξάνθης

έχοντας υπόψη:

1. Τις διατάξεις του Ν.3329/2005 ΦΕΚ 81/τ.Α'/04-04-2005 «Εθνικό Σύστημα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και λοιπές διατάξεις».
2. Τις διατάξεις της παρ.4 του άρθρου 9 του Π.Δ. 80/2016 (ΦΕΚ 145/τ.Α'/05-08-2016).
3. 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).
4. Τις διατάξεις του πεντηκοστού πρώτου άρθρου του Ν. 4839/2021 (ΦΕΚ(ΦΕΚ 181/Α/2-11-2021), όπως ισχύει.
5. Τις διατάξεις του άρθρου 42 του Ν. 5216/2025 (ΦΕΚ 118/Α/7-7-2025).
6. Τις διατάξεις του άρθρου 98 του Ν. 5243/2025 (ΦΕΚ 17/Α/31-10-2025).
7. Την υπ' αριθμ. Γ4β/Γ.Π.οικ.36214/13-08-2025 Κοινή απόφαση του Υπουργού και Υφυπουργού Υγείας, για τον διορισμό της Διοικήτριας του Γενικού Νοσοκομείου Ξάνθης, η οποία δημοσιεύθηκε στην Εφημερίδα Κυβερνήσεως (ΦΕΚ 1047/18-08-2025/τ. Υ.Ο.Δ.Δ.).
8. Το υπ'αρ. πρωτ. 19239/08-12-2025 αίτημα του Γ.Ν. Ξάνθης προς τον Διοικητή της 4ης Υγειονομικής Περιφέρειας Μακεδονίας και Θράκης.
9. Την υπ'αρ. πρωτ. 60926/10-12-2025 (ΑΔΑ:99ΗΕΡ1Ο-2ΚΙ) απόφαση του Διοικητή της 4ης Υγειονομικής Περιφέρειας Μακεδονίας και Θράκης με θέμα «Έγκριση συνεργασίας ενός (1) ιδιώτη ιατρού ειδικότητας Χειρουργικής με το Γ.Ν. Ξάνθης, αρμοδιότητας της 4ης Υ.ΠΕ. Μακεδονίας και Θράκης για την αντιμετώπιση έκτακτων αναγκών».
10. Τον Οργανισμό του Γενικού Νοσοκομείου Ξάνθης (Υ4α/οικ.122801/2012 Κ.Υ.Α. ΦΕΚ 3496/Β/31-12-2012) όπως τροποποιήθηκε, συμπληρώθηκε και ισχύει.
11. Το γεγονός ότι για την υπ'αριθ.19633/12-12-2025 πρόσκληση δεν υποβλήθηκαν αιτήσεις.
12. Την ανάγκη λήψης μέτρων, προκειμένου να ενισχυθεί το ανθρώπινο δυναμικό του Γ.Ν. Ξάνθης.

ΚΑΛΕΙ

Ειδικευμένο ιατρό ειδικότητας Χειρουργικής για να συνεργαστεί με το Γ.Ν. Ξάνθης με καθεστώς έκδοσης δελτίου απόδειξης παροχής υπηρεσιών, για την κάλυψη κενών ενεργού (εικοσιτετράωρης) εφημερίας.

Θέση – Καθήκοντα

Ο ιατρός θα παρέχει τις υπηρεσίες του μόνο για την κάλυψη κενών ενεργού εφημερίας (εικοσιτετράωρης) στο Χειρουργικό τμήμα του Γενικού Νοσοκομείου Ξάνθης για χρονικό διάστημα έξι (6) μηνών, με δυνατότητα παράτασης για επιπλέον έξι (6) μήνες και έως τέσσερις (4) εφημερίες τον μήνα.

Αμοιβή

Η αμοιβή των παρεχόμενων υπηρεσιών για την πραγματοποίηση ενεργού (εικοσιτετράωρης) εφημερίας ορίζεται στο πεντηκοστό πρώτο άρθρο του Ν. 4839/2021 (ΦΕΚ 181/Α/2-11-2021), όπως ισχύει (διακόσια πενήντα (250€) ευρώ ανά εφημερία).

Οι υποψήφιοι πρέπει να:

- Κατέχουν την Ελληνική ιθαγένεια πλην όσων προέρχονται από κράτη μέλη της Ε.Ε.
- Να μην έχουν καταδικαστεί για αδικήματα ασυμβίβαστα με την ιδιότητα των Δημοσίων Υπαλλήλων.
- Οι άντρες υποψήφιοι να έχουν εκπληρώσει τις στρατιωτικές τους υποχρεώσεις ή να κατέχουν πιστοποιητικό νόμιμης απαλλαγής από αυτές.
- Να κατέχουν τους απαιτούμενους τίτλους σπουδών.
- Να κατέχουν άδεια άσκησης ιατρικού επαγγέλματος.
- Να κατέχουν τίτλο αντίστοιχης με τη θέση ιατρικής ειδικότητας.
- Να έχουν την υγεία και φυσική καταλληλότητα που απαιτείται για την εκτέλεση των καθηκόντων της θέσης.
- 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 απαραίτητα 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 χρόνος άσκησης του ιατρικού επαγγέλματος, η ασκούμενη ειδικότητα και ο χρόνος άσκησής της.
8. Σύντομο Βιογραφικό Σημείωμα.

Σε περίπτωση επιλογής θα υποβληθούν επιπλέον

1. Πιστοποιητικά Υγείας από Παθολόγο ή Γενικό Ιατρό και Ψυχίατρο
2. Βεβαίωση έναρξης από την Δ.Ο.Υ. της επαγγελματικής τους έδρας ως επιτηδευματίες.
3. Φορολογική και Ασφαλιστική ενημερότητα.

ΥΠΟΒΟΛΗ ΑΙΤΗΣΕΩΝ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ

Οι ενδιαφερόμενοι δύνανται να υποβάλλουν αίτηση συμμετοχής μαζί με τα απαραίτητα δικαιολογητικά ως εξής: α) αυτοπροσώπως, β) με άλλο εξουσιοδοτημένο από αυτούς πρόσωπο, με τη χρήση της υπηρεσίας ηλεκτρονικής έκδοσης εξουσιοδότησης (e-exousiodotisi) μέσω της Ενιαίας Ψηφιακής Πύλης της Δημόσιας Διοίκησης (ΕΨΠ-gov.gr), γ) είτε ηλεκτρονικά στην διεύθυνση hr@hosp-xanthi.gr, με θέμα «Αίτηση εκδήλωσης ενδιαφέροντος για πρόσληψη ιδιώτη ιατρού ειδικότητας Χειρουργικής, με καθεστώς με καθεστώς έκδοσης Α.Π.Υ.»

Η προθεσμία υποβολής αιτήσεων

αρχίζει την 22-12-2025 και λήγει στις 24-12-2025 στις 11:30 πμ.

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

Κοσμίδου Ζωή

ΑΙΤΗΣΗ

ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑΣ ΤΟΥ Γ.Ν. ΕΛΑΦΩΣ
ΜΕ ΙΔΙΩΤΗ ΙΑΤΡΟ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΜΕ Α.Π.Υ. ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΑΛΥΨΗ ΚΕΝΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΑΣ
(ΕΙΚΟΣΙΤΕΤΡΑΩΡΗΣ) ΕΦΗΜΕΡΙΑΣ

Επώνυμο:

Όνομα:

Πατρώνυμο:

Τηλέφωνο:

E-mail:

Δηλώνω υπεύθυνα ότι:

- α) Αποδέχομαι τους όρους της υπ' αριθμ. πρόσκλησης εκδήλωσης ενδιαφέροντος.
- 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:

Υπογραφή

Συνημμένα δικαιολογητικά:

1. Αίτηση.
2. Υπεύθυνη δήλωση (όπου θα αναφέρεται ότι δεν έχουν καταδικαστεί για αδικήματα ασυμβίβαστα με την δημοσιούπαλληλη ιδιότητα).
3. Αντίγραφο αστυνομικού δελτίου ταυτότητας.
4. Αντίγραφο πτυχίου.
5. Αντίγραφο άδειας ασκήσεως ιατρικού επαγγέλματος.
6. Αντίγραφο χορήγησης τίτλου ειδικότητας.
7. Βεβαίωση εγγραφής σε Ιατρικό Σύλλογο
8. Σύντομο Βιογραφικό Σημείωμα.