



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
6^η Υγειονομική Περιφέρεια
Πελοποννήσου, Ιονίων Νήσων,
Ηπείρου & Δυτικής Ελλάδας
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

ΚΕΦΑΛΛΗΝΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ
ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ

Πληροφορίες : Λ. Μενάγια
 Διεύθυνση: Σουηδίας ΤΚ 28100 Αργοστόλι
 Τηλέφωνο : 2671 3 61150
 E-mail: gr.proswpikou@1699.syzefxis.gov.gr

ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΤΟΥ ΓΝ ΚΕΦΑΛΛΗΝΙΑΣ ΜΕ ΙΔΙΩΤΗ ΙΑΤΡΟ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΜΕ ΚΑΘΕΣΤΩΣ ΕΚΔΟΣΗΣ ΔΕΛΤΙΟΥ ΑΠΟΔΕΙΞΗΣ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΧΡΟΝΙΚΗΣ ΔΙΑΡΚΕΙΑΣ ΕΝΟΣ (1) ΕΤΟΥΣ

Έχοντας υπόψη :

1. Τον Οργανισμό του Γενικού Νοσοκομείου Κεφαλληνίας.
2. Τις διατάξεις της παρ.1 του άρθρου 41 του Ν4058/2017 (ΦΕΚ63/Α/2012) όπως αντικαταστάθηκε από τις διατάξεις του άρθρου 44 του Ν4486/2017 (ΦΕΚ115/Α/7-8-2017).
3. Τις διατάξεις του Ν3329/2005, όπως αυτός τροποποιήθηκε και συμπληρώθηκε από τον Ν3370/2005 και τον Ν3527/2007.
4. Τις διατάξεις του Ν4622/2019.
5. Τη με αριθμ 2/10-03-2025 Θέμα 3ο Απόφαση Διοικητικού Συμβουλίου «Πρόσληψη ιατρού ειδικότητας Χειρουργικής στο ΓΝ Κεφαλλήνιας με καθεστώς έκδοσης δελτίου απόδειξης παροχής υπηρεσιών για τις παρεχόμενες υπηρεσίες χρονικής διάρκειας ενός έτους».
6. Την υπ' αριθμ Β2α/οικ.14605/28-03-2025 βεβαίωση της ΓΔΟΥ του ΥΥ.
7. Τη με αριθμ Γ4β/10791 31-03-2025 (σχετ:12722) Εγκριτική Απόφαση του Υπουργού Υγείας με θέμα : «Έγκριση συνεργασίας του Γενικού Νοσοκομείου Κεφαλληνίας με (1) ιατρό ειδικότητας Χειρουργικής, με καθεστώς έκδοσης απόδειξης παροχής υπηρεσιών».
8. Την αριθμ 3245/11-03-2025 Βεβαίωση Δέσμευσης Πίστωσης του ΓΝ Κεφαλληνίας.

ΚΑΛΕΙ

Ειδικευμένο ιατρό Χειρουργικής για να συνεργαστεί με το ΓΝ Κεφαλληνίας υπό το καθεστώς έκδοσης από αυτόν δελτίου απόδειξης παροχής υπηρεσιών, για την κάλυψη των αυξημένων αναγκών του εν λόγω φορέα σε ιατρικό προσωπικό, για χρονικό διάστημα ενός (1) έτους.

α/α	ΦΟΡΕΑΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΘΕΣΕΩΝ	ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	ΧΡΟΝΙΚΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ
1	ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΕΦΑΛΛΗΝΙΑΣ	1	ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ	1 ΕΤΟΣ

Θέση – Καθήκοντα :

Ο ιατρός θα παρέχει υπηρεσίες του στο ΓΝ Κεφαλληνίας για την πραγματοποίηση μηνιαίως: μέχρι έξι (6) καθημερινές ενεργείς εφημερίες, μέχρι ένα (1) Σάββατο και μία (1) Κυριακή ενεργείς εφημερίες και θα παρέχει τις υπηρεσίες του μέχρι και έξι (6) ημέρες σε τακτικό πρωινό ωράριο, σύμφωνα με τις ανάγκες της Κλινικής και σε συνεργασία με τον Διευθυντή κι Επιστημονικά υπεύθυνο της Κλινικής και για χρονικό διάστημα ενός (1) έτους.

Αμοιβή:

Η αμοιβή των παρεχόμενων υπηρεσιών του ειδικευμένου ιατρού Χειρουργικής για την πραγματοποίηση μέχρι έξι (6) καθημερινές ενεργείς εφημερίες, μέχρι ένα (1) Σάββατο και μία (1) Κυριακή ενεργείς εφημερίες και θα παρέχει τις υπηρεσίες του μέχρι και έξι (6) ημέρες σε τακτικό πρωινό ωράριο.» και έχει προσδιορισθεί με βάση τις αποδοχές ενός ειδικευμένου επικουρικού ιατρού με το βαθμό του Επιμελητή Β.

Οι υποψήφιοι πρέπει να:

1. Κατέχουν την Ελληνική ιθαγένεια πλην όσων προέρχονται από κράτη μέλη της ΕΕ.
2. Να μην έχουν καταδικαστεί για αδικήματα ασυμβίβαστα με την δημοσιοϋπαλληλική ιδιότητα.
3. Να έχουν υγεία και φυσική ακαταλληλότητα που τους επιτρέπει την εκτέλεση των καθηκόντων της θέσης.
4. Οι άντρες μέχρι τη λήξη της προθεσμίας υποβολής των αιτήσεων, να έχουν εκπληρώσει τις στρατιωτικές τους υποχρεώσεις ή να έχουν νομίμως απαλλαγεί από αυτές και να μην είναι ανυπότακτοι ή να μην έχουν καταδικαστεί για λιποταξία με τελεσίδικη απόφαση.
5. Να κατέχουν τους απαιτούμενους τίτλους σπουδών.
6. Να κατέχουν άδεια άσκησης ιατρικού επαγγέλματος
7. Να κατέχουν τίτλο αντίστοιχης με τη θέση ιατρικής ειδικότητας.

8. Εφόσον επιλεχθούν να προσκομίσουν βεβαίωση έναρξης από την Δ.Ο.Υ της επαγγελματικής τους έδρας ως επιτηδευματίες.

Δικαιολογητικά

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/Φ15/οικ8342/1-4-2014 (ΑΔΑ: ΒΙΗ0Χ-6ΥΖ) και ΔΙΑΔΠ/ΦΑ.2.3/21119/1-9-2014 (ΑΔΑ: ΒΜ3ΛΧ-ΥΝ9) εγκυκλίου του Υπουργείου Διοικητικής Μεταρρύθμισης και Ηλεκτρονικής Διακυβέρνησης, γίνονται υποχρεωτικά αποδεκτά 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. Αντίγραφο απόφασης 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.

Υποβολή αιτήσεων συμμετοχής

Οι ενδιαφερόμενοι καλούνται να υποβάλλουν αίτηση συμμετοχής η οποία επέχει και θέση Υπεύθυνης Δήλωσης 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 ή μέσω γον, είτε ταχυδρομικά με απόδειξη στη Διεύθυνση:

Γενικό Νοσοκομείο Κεφαλληνίας, Σουηδίας Αργοστόλι Κεφαλονιάς ΤΚ 28100 με την ένδειξη «Για την πρόσκληση εκδήλωσης ενδιαφέροντος για συνεργασία με ιατρό ειδικότητας ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ» .

Όσοι ιατροί ενδιαφέρονται για την θέση, πρέπει να υποβάλλουν αίτηση μέσα σε αποκλειστική προθεσμία ΔΕΚΑΠΕΝΤΕ (15) ημερών από την ημέρα ανάρτησης της πρόσκλησης αυτής, δηλαδή από 16-04-2025 έως και 30-04-2025.

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.kefaloniahospital.gr). Επίσης αποστέλλεται ηλεκτρονικά στην 6^η ΥΠΕ και κοινοποιείται στον Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο και στον Ιατρικό Σύλλογο Κεφαλληνίας και Ιθάκης.

Ο ενδιαφερόμενος επιλεγμένος ιατρός θα υπογράψει σχετική σύμβαση παροχής υπηρεσιών με το Νοσοκομείο μας.

**Ο Κοινός Διοικητής ΓΝ Κεφαλληνίας
& ΓΝ Ληξουρίου «Μαντζαβινάτειο»**

Δημήτριος Μαρτίνης

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι
ΥΠΟΔΕΙΓΜΑ ΑΙΤΗΣΗΣ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ

ΠΡΟΤΑΣΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ ΓΙΑ ΤΗ ΘΕΣΗ

Επώνυμο:

Όνομα:

Όνομα πατρός:

Αριθμός Τηλεφώνου:

e-mail:

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 πρότασή μου γίνει δεκτή.

Ημερομηνία:

Όνοματεπώνυμο:

Υπογραφή:

