



Καρτεράδος Τ.Κ 84700 Θήρα
 Τηλ: 2286035459
 email: info@santorini-hospital.gr



Αρ. πρωτ.: 6355/05-10-2023

ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ

ΘΕΜΑ: «ΥΠΟΒΟΛΗ ΥΠΟΨΗΦΙΟΤΗΤΑΣ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑΣ ΙΑΤΡΩΝ ΕΞΩΤΕΡΙΚΩΝ ΣΥΝΕΡΓΑΤΩΝ Α.Π.Υ. ΜΕ ΤΗΝ Α.Ε.Μ.Υ. Α.Ε. ΓΙΑ ΤΟ Γ.Ν. ΘΗΡΑΣ »

Η Ανώνυμη Εταιρεία Μονάδων Υγείας Α.Ε. (Α.Ε.Μ.Υ. Α.Ε.) λαμβάνοντας υπόψη:

1. τον Ν. 3293/2004 «Πολυκλινική Ολυμπιακού Χωριού, Συνήγορος Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και λοιπές διατάξεις»,
2. το Ν. 4972/2022 (ΦΕΚ 181/23-09-2022) «Εταιρική διακυβέρνηση των Ανωνύμων Εταιρειών του Δημοσίου και των λοιπών...διατάξεις οικονομικού και αναπτυξιακού χαρακτήρα», όπως ισχύει
3. το Ν.4368/2016 (ΦΕΚ 21/21-2-2016) «Μέτρα για την επιτάχυνση του κυβερνητικού έργου και άλλες διατάξεις»
4. το Ν. 4412/2016 (ΦΕΚ 147/Α/08.08.2016) «Δημόσιες Συμβάσεις Έργων Προμηθειών και Υπηρεσιών (προσαρμογή στις οδηγίες 2014/24 ΕΕ και 2014/25/ΕΕ)
5. το Π.Δ 80/2016 (ΦΕΚ 145 Α'/5-8-2016) «Ανάληψη υποχρεώσεων από τους Διατάκτες»
6. τους εγκεκριμένους Κανονισμούς Εσωτερικής Οργάνωσης και Λειτουργίας της Α.Ε.Μ.Υ. Α.Ε. και το παράρτημα αυτού Γενικό Κανονισμό (υπ' αριθμ. ΦΕΚ 3638/29-05-2007, τ. Α.Ε. & Ε.Π.Ε.), όπως ισχύουν
7. την τροποποίηση του Κανονισμού Εσωτερικής Οργάνωσης και Λειτουργίας της Α.Ε.Μ.Υ. Α.Ε. όπως υποβλήθηκε προς έγκριση με την απόφαση του Δ.Σ. υπ' αρ. 5θέμα1/15-3-2016 (Α.Δ.Α. 6ΚΚ4ΟΡΡ3- 7ΣΙ) και με την υπ' αρ. 2 θέμα6/12-1- 2018 απόφαση Δ.Σ. «Έγκριση Τροποποίησης ΚΕΟΛ» όπως υποβλήθηκε προς δημοσίευση στο ΓΕΜΗ με το υπ' αρ. πρωτ. ΓΕΜΗ 1354/29-1-2018



Καρτεράδος Τ.Κ 84700 Θήρα
 Τηλ: 2286035459
 email: info@santorini-hospital.gr



8. την υπ' αριθμ. 40/17.11.2022 απόφαση του ΔΣ με θέμα «Συγκρότηση Διοικητικού Συμβουλίου σε Σώμα – Εκπροσώπηση της Εταιρείας – Εξουσιοδοτήσεις», καθώς και την υπ' αριθμ. πρωτ. 2813892/28.11.2022 ανακοίνωση καταχώρησής του στο Γ.Ε. ΜΗ.
9. Την Ε' Τροποποίηση Προϋπολογισμού σύμφωνα με το απόσπασμα πρακτικών της 41ης/ 03-10-2023 (θέμα 2ο)συνεδρίασης του Διοικητικού Συμβουλίου της Ανώνυμης Εταιρείας Μονάδων Υγείας Α.Ε. (Α.Ε.Μ.Υ. Α.Ε.) (Α.Δ.Α.: 60Ω7ΟΡΡ3-ΨΥΒ)
10. την με ΑΔΑ: ΨΡΖΒΟΡΡ3-Φ6Δ (Δ.Σ13/2023/21-04-2023 θέμα 4^ο) απόφαση του Δ.Σ. της Εταιρείας με θέμα « Εισήγηση για έκδοση Απόφασης Υπουργού για συνεργασία του Γ.Ν. Θήρας με Ιατρούς, εξωτερικούς συνεργάτες με καθεστώς έκδοσης δελτίου απόδειξης παροχής υπηρεσιών»,
11. Τα με αρ. πρωτ. 4178/06-07-2023, 2190/10-04-2023 και 4131/04-07-2023 έγγραφα του ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΘΗΡΑΣ - ΑΕΜΥ Α.Ε
12. την απόφαση του Δ.Σ. της Εταιρείας (Δ.Σ 33/2023/09-08-2023 Θέμα 8^ο) με Θέμα «Εισήγηση έγκρισης σχεδίου πρόσκλησης για τις ειδικότητες ..., Ακτινολόγου και Παιδιάτρου ...»
13. Την Γ4β/37664/28-07-2023 απόφαση του Υφυπουργού Υγείας με θέμα ««Έγκριση συνεργασίας του ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΘΗΡΑΣ - ΑΕΜΥ Α.Ε. με επτά (7) ιατρούς διαφόρων ειδικοτήτων, με καθεστώς έκδοσης δελτίου απόδειξης παροχής υπηρεσιών»

ΠΡΟΣΚΑΛΕΙ

Ιατρούς Συνεργάτες των ειδικοτήτων, όπως αποτυπώνονται στον πίνακα ακολούθως, για τη σύναψη συνεργασίας με το ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΗΡΑΣ **για έως ένα έτος** με καθεστώς έκδοσης από αυτούς απόδειξης παροχής υπηρεσιών για τις παρεχόμενες υπηρεσίες τους, προκειμένου να υποστηρίξουν την παροχή των υπηρεσιών υγείας στην



Καρτεράδος Τ.Κ 84700 Θήρα
Τηλ: 2286035459
email: info@santorini-hospital.gr



Εταιρεία με την επωνυμία Α.Ε.Μ.Υ. Α.Ε. και συγκεκριμένα στο ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΗΡΑΣ

| A/A | ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ | ΑΡΙΘΜΟΣ ΘΕΣΕΩΝ | ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ |
|-----|--|----------------|---|
| 1 | ΙΑΤΡΟΣ ΠΑΙΔΙΑΤΡΟΣ (με εμπειρία στα νεογνά) | -1- | Η συνεργασία αφορά: σε παροχή ιατρικών υπηρεσιών, εντός του πλαισίου προγράμματος ιατρικής υπηρεσίας, για έως 272 ώρες τον μήνα / Συνολικό ετήσιο κόστος έργου ανά ιατρό (σε περίπτωση κάλυψης 272 ωρών το μήνα): 66.863,73 € |
| 2 | ΙΑΤΡΟΣ ΑΚΤΙΝΟΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗΣ | -1- | |

Η παροχή των υπηρεσιών των εξωτερικών συνεργατών θα γίνεται εντός του ωραρίου λειτουργίας του Γενικού Νοσοκομείου Θήρας, ενδεικτικά αναφέρονται κυλιόμενο ωράριο, εφημερίες, όπως αυτό εκάστοτε καθορίζεται από τα μηνιαία προγράμματα, σύμφωνα με τις ανάγκες για την προσήκουσα και απρόσκοπτη λειτουργία του. Η επιλογή των εξωτερικών συνεργατών θα γίνει κατόπιν αξιολόγησης των βιογραφικών σημειωμάτων που θα υποβάλλουν σε συνάρτηση με ατομική συνέντευξη στην οποία θα κληθούν από Τριμελή Επιτροπή Αξιολόγησης και Επιλογής, η οποία συγκροτείται με απόφαση Δ.Σ. της Εταιρείας. Το αποτέλεσμα της επιλογής θα αποτυπωθεί σε πρακτικό που θα συνταχθεί από την ανωτέρω Επιτροπή και θα κυρωθεί με απόφαση του Διοικητικού Συμβουλίου της Εταιρείας. Εν συνεχεία, οι επιλεγέντες συνεργάτες θα κληθούν να προσκομίσουν τα απαραίτητα δικαιολογητικά που θα τους ζητηθούν και να υπογράψουν σύμβαση συνεργασίας με τους ειδικούς όρους όπως αυτοί αφορούν έκαστη εκ των ειδικοτήτων σύμφωνα με τα



Καρτεράδος Τ.Κ 84700 Θήρα
Τηλ: 2286035459
email: info@santorini-hospital.gr



περιέχοντα στον ανωτέρω πίνακα για την παροχή των υπηρεσιών τους και την αμοιβή τους. Υπογραμμίζεται ότι το ακριβές πρόγραμμα παροχής υπηρεσιών, ως επίσης και το ακριβές πλαίσιο συνεργασίας θα γνωστοποιηθεί από την Επιτροπή στους υποψηφίους κατά τη διάρκεια των ατομικών συνεντεύξεων.

Οι ενδιαφερόμενοι συνεργάτες καλούνται να υποβάλλουν την υποψηφιότητά τους για σύναψη συνεργασίας με την Α.Ε.Μ.Υ. Α.Ε.-Γ.Ν.Θ. σε κλειστό φάκελο στο χρονικό διάστημα από **06/10/2023 έως και 20/10/2023**, ώρα 14.00 ως εξής:

- α) να την αποστείλουν ταχυδρομικά με Ταχυμεταφορές ΕΛΤΑ ή
- β) να την αποστείλουν μέσω ιδιωτικής εταιρείας ταχυμεταφορών ή
- γ) να την υποβάλλουν αυτοπροσώπως, καθημερινά 08.00 – 14.00, στο Γενικό Νοσοκομείο Θήρας, Καρτεράδος, Θήρα, τ.κ. 84700, Υπόψη Τμήματος Ανθρώπινου Δυναμικού. Στο φάκελο θα αναγράφεται η ένδειξη:

ΠΡΟΣ:

ΑΝΩΝΥΜΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ Α.Ε. (Α.Ε.Μ.Υ. Α.Ε.),-ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ
ΘΗΡΑΣ
ΚΑΡΤΕΡΑΔΟΣ, ΘΗΡΑ, Τ.Κ. 84700
ΥΠΟΨΗ: ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ

ΘΕΜΑ: ΥΠΟΨΗΦΙΟΤΗΤΑ ΓΙΑ ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ ΙΑΤΡΩΝ ΕΞΩΤΕΡΙΚΩΝ ΣΥΝΕΡΓΑΤΩΝ

ΑΠΟ:

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ:

ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ:

Ως ημερομηνία αποστολής/υποβολής της αίτησης, θεωρείται α) η ημερομηνία σφραγίδας των ΕΛΤΑ ή β) της ιδιωτικής εταιρείας ταχυμεταφοράς ή γ) η ημερομηνία και ώρα υποβολής αυτοπροσώπως. Δεκτές προς αξιολόγηση θα γίνουν οι υποψηφιότητες των



Καρτεράδος Τ.Κ 84700 Θήρα
 Τηλ: 2286035459
 email: info@santorini-hospital.gr



ιατρών και του νοσηλευτικού προσωπικού, των οποίων οι αιτήσεις σε περίπτωση αποστολής, θα παραληφθούν από την Εταιρεία το αργότερο μέχρι δύο εργάσιμες ημέρες μετά τη λήξη της πρόσκλησης και συγκεκριμένα μέχρι τις 23/10/2023 , ώρα 14.00. Αιτήσεις που θα ληφθούν/υποβληθούν εκπρόθεσμα δεν θα ληφθούν υπόψη.

Εντός του φακέλου με την ανωτέρω ένδειξη, θα εμπεριέχονται τα εξής:

A. ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ

1. Αίτηση – υπεύθυνη δήλωση στην οποία θα αναγράφονται υποχρεωτικά τα ατομικά στοιχεία του ενδιαφερόμενου, στοιχεία επικοινωνίας, η ειδικότητα την οποία κατέχει ο ιατρός και θα δηλώνεται υπεύθυνα ότι ο ιατρός κατέχει:
 - Πτυχίο ιατρικής ή ειδικότητας (εφόσον το πτυχίο έχει αποκτηθεί εκτός Ελλάδος απαιτείται και να δηλώσει ότι κατέχει βεβαίωση ΔΟΑΤΑΠ για την επαγγελματική αναγνώριση και ισοτιμία)
 - Άδεια άσκησης επαγγέλματος
 - Τίτλο Ιατρικής Ειδικότητας
 - Βεβαίωση εκπλήρωσης υπηρεσίας υπαίθρου από το Υπουργείο Υγείας ή τυχόν νόμιμης απαλλαγής ή αναστολής
 - Βεβαίωση Ιδιότητας Μέλους Ιατρικού Συλλόγου (στον οποίο είναι εγγεγραμμένος ο ιατρός από την οποία να προκύπτει ο συνολικός χρόνος άσκησης του ιατρικού επαγγέλματος, η ασκούμενη ειδικότητα και ο συνολικός χρόνος άσκησης αυτής)
 - Πιστοποιητικό στρατολογικής κατάστασης τύπου Α' (ή βεβαίωση οριστικής απόλυσης από τις τάξεις του Ελληνικού Στρατού. Όπου στο τύπου Α' προκύπτει αναβολή στράτευσης, αυτή θα πρέπει να υπερβαίνει το έτος από την ημερομηνία λήξης της ανακοίνωσης των θέσεων)
 - Επίσης θα δηλώνει στην αίτηση υπεύθυνα ότι όλα τα ατομικά στοιχεία και ουσιαστικά προσόντα που αναφέρει στο συνημμένο βιογραφικό σημείωμα είναι αληθή και ότι θα προσκομίσει εφόσον του ζητηθούν τα σχετικά πιστοποιητικά-βεβαιώσεις



Καρτεράδος Τ.Κ 84700 Θήρα
Τηλ: 2286035459
email: info@santorini-hospital.gr



Συνημμένα παρατίθεται πρότυπο της αίτησης – υπεύθυνης δήλωσης προς συμπλήρωση.

Η αίτηση – υπεύθυνη δήλωση πρέπει να είναι υπογεγραμμένη και επιμελημένα συμπληρωμένη. Συμπληρώνεται δε σύμφωνα με τα πραγματικά στοιχεία κάθε ενδιαφερόμενου. Σε περίπτωση ψευδών, αναληθών ή ανακριβών στοιχείων θα επέρχονται οι νόμιμες συνέπειες, πλέον του αποκλεισμού του συμμετέχοντος. Οποιαδήποτε έλλειψη ή εκπρόθεσμη υποβολή δικαιολογητικών επιφέρει την απόρριψη της συμμετοχής.

2. Βιογραφικό σημείωμα στο οποίο να αναγράφονται αναλυτικά: α) η κλινική εμπειρία, β) το επιστημονικό έργο (περιληπτική αναφορά), γ) το εκπαιδευτικό έργο και δ) η ιατρική προϋπηρεσία του ιατρού - εξωτερικού συνεργάτη.
3. Φωτοαντίγραφο του Δελτίου Αστυνομικής Ταυτότητας (ή του διαβατηρίου).

Οι επιλεγέντες υποψήφιοι συνεργάτες, πριν την υπογραφή της σύμβασης και την έναρξη συνεργασίας θα κληθούν να υποβάλλουν, νομίμως και εμπροθέσμως τα δικαιολογητικά που αναγράφουν στην αίτηση – υπεύθυνη δήλωσή τους ότι κατέχουν, καθώς και όσα περαιτέρω απαιτούνται προκειμένου να συναφθεί η σχέση συνεργασίας.

Οι ενδιαφερόμενοι συνεργάτες μπορούν να απευθύνονται για κάθε συμπληρωματική πληροφορία στο Τμήμα ανθρωπίνου Δυναμικού Γ.Ν.Θήρας καθημερινά 08.00-14.00 στο τηλέφωνο 22860 – 35315

Θα ακολουθήσει ανακοίνωση για την ημερομηνία διενέργειας των συνεντεύξεων αναλόγως της ειδικότητας, ενώ η ακριβής ώρα θα καθοριστεί σε προσωπική επικοινωνία με έκαστο εκ των υποψηφίων.

Για το Γ.Ν. Θήρας

Ελένη Μπορμπουδάκη
Αντιπρόεδρος Δ.Σ ΑΕΜΥ Α.Ε
Εντεταλμένη Σύμβουλος για το ΓΝ
Θήρας

Συνημμένα: Αίτηση – Υπεύθυνη Δήλωση

ΑΙΤΗΣΗ ΥΠΟΨΗΦΙΟΤΗΤΑΣ – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

| | |
|---|--|
| <u>ΠΡΟΣ</u> ΑΝΩΝΥΜΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ Α.Ε. (Α.Ε.Μ.Υ. Α.Ε.) | <u>ΘΕΜΑ:</u> «ΥΠΟΒΟΛΗ ΥΠΟΨΗΦΙΟΤΗΤΑΣ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑΣ ΜΕ ΙΑΤΡΟΥΣ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟΥΣ ΣΥΝΕΡΓΑΤΕΣ Α.Π.Υ. ΓΙΑ ΤΗΝ Α.Ε.Μ.Υ. Α.Ε.- ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΗΡΑΣ» |
| <u>ΕΠΩΝΥΜΟ:</u> <u>ΟΝΟΜΑ:</u> <u>ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ:</u> <u>ΜΗΤΡΩΝΥΜΟ:</u> <u>Α.Δ.Τ.:</u> <u>ΑΦΜ:</u> <u>Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ:</u> <u>ΠΕΡΙΟΧΗ, Τ.Κ.:</u> <u>ΤΗΛΕΦΩΝΟ:</u> <u>ΚΙΝΗΤΟ:</u> <u>ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ:</u> | Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι επιθυμώ να συμμετάσχω ως υποψήφιος στην υπ' αριθμ.Πρωτ. 6355/05-10-2023 Πρόσκληση της Α.Ε.Μ.Υ. Α.Ε. ως ιατρός – εξωτερικός συνεργάτης, κάτοχος Α.Π.Υ. και ότι κατέχω την ειδικότητα <u>Δηλώνω υπεύθυνα ότι κατέχω:</u> <ol style="list-style-type: none"> 1. Πτυχίο Ιατρικής (εφόσον το πτυχίο έχει αποκτηθεί εκτός Ελλάδος, βεβαίωση ΔΟΑΤΑΠ για την επαγγελματική αναγνώριση και ισοτιμία) 2. Άδεια άσκησης Ιατρικού επαγγέλματος 3. Τίτλο Ιατρικής Ειδικότητας 4. Βεβαίωση εκπλήρωσης υπηρεσίας υπαίθρου από το Υπουργείο Υγείας ή τυχόν νόμιμης απαλλαγής ή αναστολής 5. Βεβαίωση Ιδιότητας Μέλους Ιατρικού Συλλόγου 6. Πιστοποιητικό στρατολογικής κατάστασης τύπου Α' Επίσης, δηλώνω υπεύθυνα ότι όλα τα ατομικά στοιχεία και τα ουσιαστικά προσόντα που αναφέρω στο βιογραφικό μου σημείωμα είναι αληθή και ότι θα προσκομίσω, εφόσον μου ζητηθούν, τα σχετικά πιστοποιητικά – βεβαιώσεις. Βεβαιώνω ότι έχω ενημερωθεί για την επεξεργασία των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα που με αφορούν από την ΑΕΜΥ Α.Ε. στο πλαίσιο της διαδικασίας υποβολής και διαχείρισης της αίτησης υποψηφιότητάς μου για την ως άνω θέση μέσω της έγγραφης ενημέρωσης για την επεξεργασία δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα, η οποία μου χορηγήθηκε από την ΑΕΜΥ Α.Ε. <u>Σας υποβάλλω, συνημμένα:</u> |



Καρτεράδος Τ.Κ 84700 Θήρα
Τηλ: 2286035459
email: info@santorini-hospital.gr



| | |
|--|--|
| | <ol style="list-style-type: none">1. Βιογραφικό Σημείωμα2. Φωτοαντίγραφο Α.Δ.Τ. ή διαβατηρίου <p style="text-align: center;">Ο/Η ΑΙΤΩΝ/ΟΥΣΑ</p> <p>.....</p> |
|--|--|