



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



Αρ. πρωτ.: 2055 / 26.03.2024

ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ

ΘΕΜΑ: «ΥΠΟΒΟΛΗ ΥΠΟΨΗΦΙΟΤΗΤΑΣ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑΣ ΔΙΑΦΟΡΩΝ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΩΝ 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. το Ν.3293/2004 (ΦΕΚ 231/26.11.2004) «Πολυκλινική Ολυμπιακού Χωριού, Συνήγορος Υγείας και Κοινωνικής Ασφάλισης και λοιπές διατάξεις»
2. το Ν. 3429/2005 (ΦΕΚ 314/27-12-2005) «Δημόσιες Επιχειρήσεις και Οργανισμοί», 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. 50έμα1/15-3-2016 (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
8. την υπ' αριθμ. 52/2023/01-12-2023 συνεδρίασης του Διοικητικού Συμβουλίου της Ανώνυμης Εταιρείας Μονάδων Υγείας (Α.Ε.Μ.Υ Α.Ε) με θέμα «Συγκρότηση

- Διοικητικού Συμβουλίου σε Σώμα-Εκπροσώπηση της Εταιρείας-Εξουσιοδοτήσεις», καθώς και την υπ' αριθμ. πρωτ. 3180817/29-12-2023 ανακοίνωση στο Γ.Ε.ΜΗ.
9. την έγκριση της Ά Τροποποίησης Προϋπολογισμού 2024 με την υπ' αριθμ.3ης/23-01-2024 συνεδρίασης του Διοικητικού Συμβουλίου της Ανώνυμης Εταιρείας Μονάδων Υγείας (Α.Ε.Μ.Υ Α.Ε) και αρ.πρωτ.811/23-01-2024 θέμα 1ο (ΑΔΑ : ΨΠ9ΥΟΡΡ3-Δ30)
 10. την υπ' αριθμ. 51 θέμα 01/30-11-2023 απόφαση του Δ.Σ. με θέμα «Έγκριση για έκδοση Απόφασης Υπουργού για συνεργασία του ΓΝΘ με νοσηλευτικό, διοικητικό και λοιπό προσωπικό, εξωτερικούς συνεργάτες με καθεστώς έκδοσης δελτίου απόδειξης παροχής υπηρεσιών» (Α.Δ.Α.: ΨΞΦΟΡΡ3-ΠΥΑ),
 11. Το άρθρο 41 παρ. 1 του Ν. 4052/2012, ως ισχύει σήμερα: «1. Τα νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ., το Ν.Ι.Μ.Τ.Σ., ο Ε.Ο.Δ.Υ., ο Ο.ΚΑ.ΝΑ., το Κ.Ε.Θ.Ε.Α., η Α.Ε.Μ.Υ. Α.Ε., το Ε.ΚΕ.Ψ.Υ.Ε., η Ε.Κ.Α.Π.Τ.Υ. Α.Ε. και ο Ε.Ο.Π.Υ.Υ., με απόφαση του Διοικητικού Συμβουλίου τους, και τα στρατιωτικά νοσοκομεία, με απόφαση του Διοικητή τους, καθώς και τα Κέντρα Υγείας νησιωτικών, ορεινών και απομακρυσμένων περιοχών ή των περιοχών όπου έχουν εξαντληθεί οι υποψήφιοι επικουρικοί ιατροί από τους αντίστοιχους ηλεκτρονικούς καταλόγους των Υ.ΠΕ., με απόφαση του Διοικητή της αρμόδιας Υ.ΠΕ., δύνανται για την κάλυψη των αναγκών τους σε προσωπικό και για την προσήκουσα λειτουργία τους, εφόσον δεν επαρκεί το προσωπικό τους, να συνεργάζονται με ιατρούς κάθε ειδικότητας, οδοντιάτρους, ακτινοφυσικούς, ψυχολόγους, κοινωνικούς λειτουργούς, κοινωνιολόγους, νοσηλευτές, ΤΕ Ραδιολογίας -Ακτινολογίας, ΔΕ Χειριστών - Εμφανιστών, ΤΕ Ιατρικών Εργαστηρίων, ΔΕ Βοηθών Ιατρικών και Βιολογικών εργαστηρίων, ΔΕ Τεχνικών (Ηλεκτρολόγων, Υδραυλικών -Θερμοϋδραυλικών), ΤΕ Διοίκησης Μονάδων Υγείας, ΤΕ Διοικητικού - Λογιστικού, ΠΕ φαρμακοποιών, ΔΕ βοηθών φαρμακοποιών, ΔΕ Πληρωμάτων Ασθενοφόρων, ΔΕ Οδηγών, ΠΕ Θετικών Επιστημών, ΠΕ Μηχανικών και ΠΕ Βιολόγων και ειδικούς θεραπευτές πρώην εξαρτημένους, οι οποίοι έχουν ολοκληρώσει με επιτυχία θεραπευτικό πρόγραμμα των εγκεκριμένων Οργανισμών



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



- ή Φορέων του ν. 4139/2013 (Α` 74), με καθεστώς έκδοσης από αυτούς δελτίου απόδειξης παροχής υπηρεσιών για τις παρεχόμενες υπηρεσίες τους. Η συνεργασία με τους ανωτέρω πραγματοποιείται κατά παρέκκλιση του άρθρου 6 του ν. 2527/1997 (Α` 206), καθώς και της περ. α` της παρ. 20 του ένατου άρθρου του ν. 4057/2012 (Α` 54), μετά από πλήρως αιτιολογημένη έκθεση του φορέα και απόφαση του Υπουργού Υγείας ή του Υπουργού Εθνικής Άμυνας, αντίστοιχα.».
12. την κατεπείγουσα ανάγκη που υπάρχει στο Γ. Ν. Θήρας για νοσηλευτικό, διοικητικό και λοιπό προσωπικό, ειδικότητες οι οποίες είναι απαραίτητες για την ασφαλή λειτουργία του Νοσοκομείου έως ότου πληρωθούν οι κενές οργανικές θέσεις με επικουρικό πλην ιατρών λοιπό προσωπικό ή μονίμων θέσεων μέσω διαδικασίας ΑΣΕΠ
 13. Την Γ4β/64583/20.12.23 απόφαση του Υφυπουργού Υγείας με θέμα «Έγκριση συνεργασίας του ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΘΗΡΑΣ - ΑΕΜΥ Α.Ε. με εννέα (9) εξωτερικούς συνεργάτες διαφόρων ειδικοτήτων, με καθεστώς έκδοσης δελτίου απόδειξης παροχής υπηρεσιών»
 14. το υπ` αριθμ. πρωτ. 2055/26-03-2024 τελικό σχέδιο πρόσκλησης και αίτησης υποβολής υποψηφιότητας συνεργασίας διαφόρων ειδικοτήτων-εξωτερικούς συνεργάτες κατόχους Α.Π.Υ., το οποίο επισυνάπτεται στην παρούσα.

ΠΡΟΣΚΑΛΕΙ

Συνεργάτες διαφόρων 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 Εταιρεία με την επωνυμία Α.Ε.Μ.Υ. Α.Ε. και συγκεκριμένα στο ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΗΡΑ

α/α	Ειδικότητα	Αριθμός Θέσεων	Ετήσιο κόστος ανά εργαζόμενο
1	ΤΕ Νοσηλευτών (ελλείπει ΤΕ θα καλυφθεί με ΔΕ β. νοσηλευτών)	1	Η συνεργασία αφορά: σε παροχή υπηρεσιών, εντός του πλαισίου προγράμματος της νοσηλευτικής υπηρεσίας, για πλήρες πενθήμερο ωράριο (κυλιόμενο) / Συνολικό κόστος έργου για 12 μήνες: 23.125,20 €
2	ΤΕ Διοικητικού – Λογιστικού	1	Η συνεργασία αφορά: σε παροχή υπηρεσιών, εντός του πλαισίου προγράμματος της διοικητικής υπηρεσίας, για πλήρες πενθήμερο ωράριο / Συνολικό κόστος έργου για 12 μήνες:23.125,20 €
3	ΠΕ Μηχανικών	1	Η συνεργασία αφορά: σε παροχή υπηρεσιών, εντός του πλαισίου προγράμματος της τεχνικής υπηρεσίας, για πλήρες πενθήμερο ωράριο / Συνολικό κόστος έργου για 12 μήνες: 26.970,00€
	ΣΥΝΟΛΟ :	3	

Η παροχή των υπηρεσιών των εξωτερικών συνεργατών θα γίνεται εντός του ωραρίου λειτουργίας του Γενικού Νοσοκομείου Θήρας, ενδεικτικά αναφέρονται κυλιόμενο ωράριο, σε κάποιες ειδικότητες, 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



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



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 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 **27/03/2024 έως και 05/04/2024**, 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 ΕΞΩΤΕΡΙΚΩΝ ΣΥΝΕΡΓΑΤΩΝ



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

**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 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 08/04/2024 , ώρα 14.00. Αιτήσεις που θα ληφθούν/υποβληθούν εκπρόθεσμα δεν θα ληφθούν υπόψη.

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

1. Αίτηση – υπεύθυνη δήλωση στην οποία θα αναγράφονται υποχρεωτικά τα ατομικά στοιχεία του ενδιαφερόμενου, στοιχεία επικοινωνίας, η ειδικότητα την οποία κατέχει και θα δηλώνεται υπεύθυνα ότι ο ιατρός κατέχει:
 - Πτυχίο 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
 - 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

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

ΠΡΟΣ ΑΝΩΝΥΜΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ Α.Ε. (Α.Ε.Μ.Υ. Α.Ε.)	ΘΕΜΑ: «ΥΠΟΒΟΛΗ ΥΠΟΨΗΦΙΟΤΗΤΑΣ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑΣ ΔΙΑΦΟΡΩΝ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΩΝ 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. 2055/26-03-2024 Πρόσκληση της Α.Ε.Μ.Υ. Α.Ε. ως 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 2. Άδεια άσκησης επαγγέλματος 3. 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> <ol style="list-style-type: none"> 1. Βιογραφικό Σημείωμα 2. Φωτοαντίγραφο Α.Δ.Τ. ή διαβατηρίου <p style="text-align: center;">Ο/Η ΑΙΤΩΝ/ΟΥΣΑ</p>