



Γ. Δαμάσκου 1, 13677 Αχαρνάι
 τηλ: 210 24 20 000, fax: 210 24 20 100
www.aemy.gr
info@aemy.gr

Αρ. πρωτ Γ.Ν.Θήρας.: 1945/12-4-2019

ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ

ΘΕΜΑ: «ΥΠΟΒΟΛΗ ΥΠΟΨΗΦΙΟΤΗΤΑΣ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑΣ ΙΑΤΡΩΝ ΠΑΙΔΙΑΤΡΩΝ ΕΞΩΤΕΡΙΚΩΝ ΣΥΝΕΡΓΑΤΩΝ ΚΑΤΟΧΩΝ Α.Π.Υ. ΜΕ ΤΗΝ Α.Ε.Μ.Υ. Α.Ε. ΓΙΑ ΤΟ Γ.Ν.ΘΗΡΑΣ ΓΙΑ -2- ΜΗΝΕΣ »

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. τον Ν. 3429/2005 «Δημόσιες Επιχειρήσεις και Οργανισμοί (ΔΕΚΟ)» (ΦΕΚ 314/27-12-2005),
3. τους εγκεκριμένους Κανονισμούς Εσωτερικής Οργάνωσης και Λειτουργίας της Α.Ε.Μ.Υ. Α.Ε. και το παράρτημα αυτού Γενικό Κανονισμό Εργασίας (υπ' αριθμ. ΦΕΚ 3638/29-05-2007, τ. Α.Ε. & Ε.Π.Ε.), όπως ισχύουν,
4. την τροποποίηση του Κανονισμού Εσωτερικής Οργάνωσης και Λειτουργίας της Α.Ε.Μ.Υ. Α.Ε. όπως εγκρίθηκε με την υπ' αρ. 5^{θέμα1}/15-3-2016 (Α.Δ.Α. 6ΚΚ4ΟΡΡ3-7ΣΙ) απόφαση του Δ.Σ., την υπ' αρ. 2^{θέμα6}/12-1-2018 απόφαση Δ.Σ. «Έγκριση Τροποποίησης ΚΕΟΛ» (και υποβλήθηκε προς δημοσίευση στο ΓΕΜΗ με το υπ' αρ. 1354/29-1-2018) και με την υπ' αρ. 6^{θέμα6}/13-2-2018 απόφαση Δ.Σ. «Τροποποίηση του ΚΕΟΛ της Α.Ε.Μ.Υ. Α.Ε. όσον αφορά στο ΓΝΘ σχετικά με τη γνώση της αγγλικής γλώσσας για τους εργαζόμενους κατηγορίες ΔΕ » (και υποβλήθηκε προς δημοσίευση στο ΓΕΜΗ με το υπ' Α/Α 1158855/21-3-2018),
5. την τροποποίηση της παρ. 1 του άρθρου 41 του Ν.4058/2012 (Α63) που αντικαταστάθηκε δυνάμει του άρθρου 14 του Ν.4486/2017 (Α115)
6. τον Ν.2472/1997 όπως τροποποιήθηκε και ισχύει,
7. τον Ν.3418/2005 – Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας , όπως ισχύει σήμερα.
8. την α τροποποίηση του προϋπολογισμού έτους 2019 όπως εγκρίθηκε δυνάμει της υπ αριθμ. 13 θέμα 1 / 05-04- 2019 απόφασης του Δ.Σ της Α.Ε.Μ.Υ Α.Ε και αναρτήθηκε στη ΔΙΑΥΓΕΙΑ με ΑΔΑ: 62ΧΒΟΡΡ3-ΣΥΑ .



9. Το υπ αρ. πρωτ.6112/11-11-2018 αίτημα του Ιατρού Μαιευτήρα-Γυναικολόγου του Γ.Ν. Θήρας για υποστήριξη του εν λόγω τμήματος με Παιδίατρο και οπωσδήποτε στις διαδικασίες τοκετών για ευνόητους λόγους, ως ο νόμος ορίζει.
10. το υπ αρ. πρωτ. 894/22-02-2019 αίτημα προς το ΔΣ της ΑΕΜΥ ΑΕ για έγκριση αιτήματος προς ΥΥ, συνεργασίας του ΓΝ Θήρας με παιδίατρους εξωτερικούς συνεργάτες.
11. Το υπ αρ. πρωτ. 1163/7-3-2019 Αίτημα προς το ΥΥ με θέμα : « Συνεργασία του Γ.Ν. Θήρας με Παιδίατρους, εξωτερικούς συνεργάτες με καθεστώς έκδοσης Απόδειξης Παροχής Υπηρεσιών για δυο μήνες »
12. Την υπ αρ πρωτ. Γ4β/Γ.Π.22810 της 11-4-2019 Εγκριτική απόφαση του Υπουργού Υγείας για συνεργασία του ΓΝ Θήρας με Ιατρούς , με καθεστώς απόδειξης παροχής υπηρεσιών.

ΠΡΟΣΚΑΛΕΙ

Στο πλαίσιο της υπ' αρ. Γ4β/Γ.Π.22810 της 11-4-2019 Εγκριτικής απόφασης του Υπουργού Υγείας για συνεργασία με ιατρούς , όπως αποτυπώνονται στον πίνακα ακολούθως, για τη σύναψη συνεργασίας με το ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΗΡΑΣ για δυο (2) μήνες με καθεστώς έκδοσης από αυτούς απόδειξης παροχής υπηρεσιών για τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας , στην Εταιρεία με την επωνυμία Α.Ε.Μ.Υ. Α.Ε. και συγκεκριμένα στο ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΗΡΑΣ, στον Καρτεράδο Θήρας.

α/α	ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	ΑΡ. ΑΤΟΜΩΝ	ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ
1	ΠΕ ΙΑΤΡΩΝ ΠΑΙΔΙΑΤΡΩΝ	2	για διάστημα δυο (2) μηνών με σχέση εργασίας εφημεριών ετοιμότητας ανα μήνα (8 ο ένας Ιατρός και 5 ο άλλος Ιατρός) προκειμένου να καλυφτούν οι άμεσες, ιδιαίτερα αυξημένες πράξεις τοκετών αλλά και τα έκτακτα παιδιατρικά περιστατικά.

Η παροχή των υπηρεσιών των εξωτερικών συνεργατών θα γίνεται εντός του ωραρίου λειτουργίας του Γενικού Νοσοκομείου Θήρας, ενδεικτικά αναφέρονται 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 .



Το αποτέλεσμα της επιλογής θα αποτυπωθεί σε πρακτικό που θα συνταχθεί από 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 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 .

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 12-4-2019 έως 18-4-2019, 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 ΙΑΤΡΩΝ
 ΠΑΙΔΙΑΤΡΩΝ

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 των οποίων οι αιτήσεις σε περίπτωση αποστολής, θα παραληφθούν από την Εταιρεία το αργότερο μέχρι μια εργάσιμη ημέρα μετά τη λήξη της πρόσκλησης και συγκεκριμένα μέχρι τις **19-4-2019, ώρα 14.00**. Αιτήσεις που θα ληφθούν/υποβληθούν εκπρόθεσμα δεν θα ληφθούν υπόψη.

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

Α. 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)
 - 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

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).

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.

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 - 35466

Χαράλαμπος Πανοτόπουλος

Αντιπρόεδρος ΑΕΜΥ ΑΕ. Εντεταλμένος Σύμβουλος για το Γ.Ν.Θήρας

Συνημμένα:

Αίτηση – Υπεύθυνη Δήλωση

ΑΙΤΗΣΗ ΥΠΟΨΗΦΙΟΤΗΤΑΣ – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

<p><u>ΠΡΟΣ</u></p> <p>ΑΝΩΝΥΜΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ Α.Ε. (Α.Ε.Μ.Υ. Α.Ε.)</p>	<p><u>ΘΕΜΑ:</u></p> <p>«ΥΠΟΒΟΛΗ ΥΠΟΨΗΦΙΟΤΗΤΑΣ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑΣ ΜΕ ΙΑΤΡΟΥΣ ΠΑΙΔΙΑΤΡΟΥΣ - ΕΞΩΤΕΡΙΚΟΥΣ ΣΥΝΕΡΓΑΤΕΣ ΚΑΤΟΧΟΥΣ Α.Π.Υ. ΓΙΑ ΤΗΝ Α.Ε.Μ.Υ. Α.Ε.-ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΗΡΑΣ»</p>
<p><u>ΕΠΩΝΥΜΟ:</u></p> <p><u>ΟΝΟΜΑ:</u></p> <p><u>ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ:</u></p> <p><u>ΜΗΤΡΩΝΥΜΟ:</u></p> <p><u>Α.Δ.Τ.:</u></p> <p><u>ΑΦΜ:</u></p> <p><u>Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ:</u></p> <p><u>ΠΕΡΙΟΧΗ, Τ.Κ.:</u></p> <p><u>ΤΗΛΕΦΩΝΟ:</u></p> <p><u>ΚΙΝΗΤΟ:</u></p> <p><u>ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ:</u></p>	<p>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.1945/12-4-2019 πρόσκληση της Α.Ε.Μ.Υ. Α.Ε. ως ιατρός – εξωτερικός συνεργάτης, κάτοχος Α.Π.Υ. και ότι κατέχω την ειδικότητα ΙΑΤΡΟΥ ΠΑΙΔΙΑΤΡΟΥ</p> <p><u>Δηλώνω υπεύθυνα ότι κατέχω:</u></p> <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' <p>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.</p> <p><u>Σας υποβάλλω, συνημμένα:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Βιογραφικό Σημείωμα 2. Φωτοαντίγραφο Α.Δ.Τ. ή διαβατηρίου <p align="center">Ο/Η ΑΙΤΩΝ/ΟΥΣΑ</p> <p>.....</p>