



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



Αρ. πρωτ.: 3214/3-6-2021

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. 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,



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



8. Την υπ' αριθ. Γ4β/Γ.Π.οικ.68683 (Φ.Ε.Κ. 803/τ. ΥΟΔΔ/01-10-2019) απόφαση των Υπουργών Υγείας και Οικονομικών σχετικά με τον ορισμό νέων μελών του Διοικητικού Συμβουλίου της Ανώνυμης Εταιρείας με την επωνυμία «ΑΝΩΝΥΜΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ» που συγκροτήθηκε σε σώμα με το υπ. αριθ. 32 της 09/10/2019 πρακτικό και αναρτήθηκε με την υπ' αριθ. πρωτ. 1818808/10.10.2019 αίτηση περί καταχώρησης του στο Γ.Ε.ΜΗ. δυνάμει του οποίου χορηγήθηκε δικαίωμα υπογραφής του τακτικού μέλους του Δ.Σ. της Α.Ε.Μ.Υ. Α.Ε και Εντεταλμένου Συμβούλου για το Γ.Ν. Θήρας
9. την Α' τροποποίηση του προϋπολογισμού έτους 2021, ο οποίος εγκρίθηκε δυνάμει της υπό στοιχεία 1 θέμα 2/12.1.2021 απόφασης του Δ.Σ. και αναρτήθηκε στη ΔΙΑΥΓΕΙΑ (Α.Δ.Α.: ΨΞΑΧΟΡΡ3-5ΘΣ) Το άρθρο 64 παρ. 8 του Ν.4368/2016
10. την με ΑΔΑ : ΨΠΝΟΡΡ3-ΒΓ9 απόφαση του Δ.Σ. της Εταιρείας με θέμα «ΕΙΣΗΓΗΣΗ ΓΙΑ ΕΓΚΡΙΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ ΠΡΟΣ ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ, ΓΙΑ ΕΓΚΡΙΣΗ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑΣ ΜΕ ΙΑΤΡΟΥΣ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟΥΣ ΣΥΝΕΡΓΑΤΕΣ ΚΑΤΟΧΟΥΣ ΑΠΥ ΓΙΑ ΤΟ ΓΝ ΘΗΡΑΣ >>.
11. Την σχετική Γ4β/ΓΠ 28649 με 02/06/2021 Έγκριση Υπουργού Υγείας .

ΠΡΟΣΚΑΛΕΙ

Ιατρούς Συνεργάτες των ειδικοτήτων, όπως αποτυπώνονται στον πίνακα ακολούθως, για τη σύναψη συνεργασίας με το ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΗΡΑΣ **για δώδεκα (12) μήνες** με καθεστώς έκδοσης από αυτούς απόδειξης παροχής υπηρεσιών για τις παρεχόμενες υπηρεσίες τους, προκειμένου για την υποστήριξη της παροχής των υπηρεσιών υγείας στην Εταιρεία με την επωνυμία Α.Ε.Μ.Υ. Α.Ε. και συγκεκριμένα στο ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΗΡΑΣ



Γενικό Νοσοκομείο

Θήρας

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



ΑΝΩΝΥΜΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ Α.Ε.

Α/Α	ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΘΕΣΕΩΝ	ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ
1	ΙΑΤΡΟΣ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ ή ΓΕΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ	-2-	Η συνεργασία αφορά: σε παροχή ιατρικών υπηρεσιών, εντός του πλαισίου προγράμματος ιατρικής υπηρεσίας, για 272 ώρες τον μήνα / Μηνιαία Μικτή Αμοιβή: 4270,00€
2	ΙΑΤΡΟΣ ΓΕΝΙΚΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ	-2-	
3	ΙΑΤΡΟΣ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗΣ	-1-	
4	ΙΑΤΡΟΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΑΣ	-1-	
5	ΙΑΤΡΟΣ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΙΑΣ	-1-	
6	ΙΑΤΡΟΣ ΟΥΡΟΛΟΓΙΑΣ	-1-	
7	ΙΑΤΡΟΣ ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΑΣ	-1-	
8	ΙΑΤΡΟΣ ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΑΣ	-1-	
9	ΙΑΤΡΟΣ ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΗΣ	-1-	
10	ΙΑΤΡΟΣ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΑΣ ή ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΑΣ ή ΕΝΔΟΚΡΙΝΟΛΟΓΙΑΣ , Μ.Α.	-1-	Η συνεργασία αφορά σε 7ωρη παροχή ιατρικών υπηρεσιών, 2 ημέρες ανα εβδομάδα. Συνολικό Ετήσιο Κόστος 12.000,00€
11	ΙΑΤΡΟΣ ΟΦΘΑΛΜΙΑΤΡΙΚΗΣ Μ.Α.	-1-	
	ΣΥΝΟΛΟ	-13-	

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.



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



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 3/6/2021 έως και 10/6/2021, 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:



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



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 -10- 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 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 11-6-2021, 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)
- 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

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.



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



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 – 35466

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

Βασίλειος Μαλαματένιος
Εντεταλμένος Σύμβουλος ΑΕΜΥ ΑΕ

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. 3214/3-6-2021 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. <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>