



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

6<sup>η</sup> Υ.Πε. ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ ΗΠΕΙΡΟΥ,

ΙΟΝΙΩΝ ΝΗΣΩΝ, ΗΠΕΙΡΟΥ& ΔΥΤΙΚΗΣ  
ΕΛΛΑΔΑΣ

Πρέβεζα: 11-10-2024

Αριθ. Πρωτ.: 10963

**Γ. Ν. Π. ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΡΕΒΕΖΑΣ**

Τμήμα: ΓΡΑΦΕΙΟ ΔΙΟΙΚΗΤΗ  
Τηλ.: 2682 361331  
E-mail: [manager@prevezahospital.gr](mailto:manager@prevezahospital.gr)  
Ταχ. Διεύθ.: Σελουκείας 2, 48100, Πρέβεζα

**ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ**

Λαμβάνοντας υπόψη:

1. Τις διατάξεις του Ν. 3329/2005 (ΦΕΚ81Α) «Εθνικό Σύστημα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και λοιπές διατάξεις» όπως αυτός τροποποιήθηκε από τις διατάξεις του Ν.3527/2007 (ΦΕΚ25Α) «Κύρωση συμβάσεων υπέρ Νομικών Προσώπων εποπτευόμενων από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και λοιπές διατάξεις».
2. Τις διατάξεις της παρ.4 του άρθρου 9 του π.δ. 80/2016 (Α' 145) (Ανάληψη υποχρεώσεων από τους διατάκτες).
3. Τις διατάξεις του άρθρου 41του Ν.4058/2012 Ρυθμίσεις θεμάτων Νοσοκομείων ΕΣΥ ,Κέντρων Υγείας και ΟΚΑΝΑ <Η συνεργασία με Ιατρούς πραγματοποιείται κατά των διαταξεων του άρθρου 6 του Ν.2527/1997, όπως συμπληρώθηκε με το άρθρο 10 του Ν.3812/2009, καθώς και της παραγράφου 20<sup>α</sup> του 9ου άρθρου του Ν.4057/2012, μετά από αιτιολογημένη έκθεση του φορέα και απόφαση του Υπουργείου Υγείας.
4. Τις διατάξεις του άρθρου 104 του Ν. 5034/2023 που τροποποιούν την παρ.1 του άρθρου 41ν.4058/2012 (τα νοσοκομεία του Εθνικού Συστήματος Υγείας 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, με καθεστώς έκδοσης δελτίου απόδειξης παροχής υπηρεσιών για τις παρεχόμενες υπηρεσίες τους).
5. Την με αριθμ 23-1-2023 υπ' αριθ. Γ4β/γ.π.οικ. 4385 Απόφαση του Υπουργού Υγείας (ΦΕΚ 59/27-01-2023 τ. υ.ο.δ.δ.), η οποία εκδόθηκε σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 2 του ν. 4052/2012 και τις διατάξεις του ν. 3528/07 Πρόσληψης Διοικητή στο Γ.Ν. ΠΡΕΒΕΖΑΣ(αρμοδιότητας 6ης Υ.ΠΕ.).
6. Τον Οργανισμό του Γενικού Νοσοκομείου Πρέβεζας (ΦΕΚ 3497/31-12-2012).
7. Το με αριθμ. πρωτ. 8995/08-08-2024 αίτημα του ΓΝ Πρέβεζας για πρόσληψη Ιατρικού Προσωπικού με απόδειξη παροχής Υπηρεσιών.
8. Την με αριθμ. πρωτ. Γ4β/50818/10-10-2024 έγκριση του Υπουργείου Υγείας συνεργασίας του Νοσοκομείου μας με τρεις (3) ιδιώτες ιατρούς ειδικότητας Χειρουργικής, με έναν (1) ιδιώτη ιατρό ειδικότητας Παθολογίας και με έναν (1)

ιδιώτη ιατρό ειδικότητας Μαιευτικής-Γυναικολογίας με καθεστώς έκδοσης Δελτίου Παροχής Υπηρεσιών.

9. Τις υπηρεσιακές ανάγκες για την ομαλή και εύρυθμη λειτουργία του Γενικού Νοσοκομείου Πρέβεζας.

Το Γενικό Νοσοκομείο Πρέβεζας για την αντιμετώπιση έκτακτων αναγκών δημόσιας υγείας και την κάλυψη των αναγκών του σε προσωπικό και για την ομαλή και εύρυθμη λειτουργία του ενδιαφέρεται να συνεργαστεί με τρεις (3) Ιατρούς ειδικότητας Χειρουργικής, με έναν (1) ιατρό ειδικότητας Παθολογίας και με έναν (1) ιατρό ειδικότητας Μαιευτικής-Γυναικολογίας με καθεστώς έκδοσης δελτίου παροχής υπηρεσιών για χρονικό διάστημα δώδεκα (12) μηνών.

**Οι υποψήφιοι πρέπει να είναι:**

- 1 ) Έλληνες πολίτες.
- 2 ) Να έχουν την υγεία και φυσική καταλληλότητα που απαιτείται για την εκτέλεση των καθηκόντων της θέσης που επιλέγουν.
- 3 ) Να μην έχουν καταδικαστεί για αδικήματα ασυμβίβαστα με την δημοσιοϋπαλληλική ιδιότητα.
- 4 ) Οι άνδρες να έχουν εκπληρώσει τις στρατιωτικές τους υποχρεώσεις ή να έχουν νόμιμη απαλλαγή.
- 5 ) Εφόσον προσληφθούν να εγγραφούν στη Δ.Ο.Υ. ως επιτηδευματίες.

**Με την αίτηση συνοποβάλλονται:**

- α. Αντίγραφο δελτίου αστυνομικής ταυτότητας.
- β. Πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης
- γ. Υπεύθυνη δήλωση στην οποία θα αναφέρουν ότι δεν έχουν καταδικαστεί για αδικήματα ασυμβίβαστα με την δημοσιοϋπαλληλική ιδιότητα.
- δ. Ακριβές αντίγραφο τίτλου σπουδών.
- ε. Άδεια άσκησης επαγγέλματος.
- στ. Άδεια τίτλου αντίστοιχης ειδικότητας.
- ζ. Θα συνεκτιμηθούν προσόντα όπως μεταπτυχιακοί τίτλοι σε συναφή αντικείμενα και η εργασιακή εμπειρία στην Χειρουργική, στην Παθολογική και Μαιευτική-Γυναικολογία.

**Αμοιβή**

Η μηνιαία αμοιβή με έκδοση απόδειξης παροχής υπηρεσιών τακτικού ωραρίου των ιατρών θα είναι η αμοιβή Διευθυντή σε μισθολογικό κλιμάκιο (9). Κατά την πληρωμή τους θα επιβάλλονται οι νόμιμες κρατήσεις σύμφωνα με τις ισχύουσες διατάξεις.

### Καθήκοντα

Πέραν της συμμετοχής των ιατρών στο πρόγραμμα του Νοσοκομείου, οι ιατροί δύνανται, με απόφαση του διοικητή του νοσοκομείου και τη σύμφωνη γνώμη του αρμόδιου διευθυντή της κλινικής, να συμμετέχουν στις εφημερίες του νοσοκομείου με αμοιβή ίση με αυτή του Διευθυντή σε μισθολογικό κλιμάκιο (9). Κατά την πληρωμή τους θα επιβάλλονται οι νόμιμες κρατήσεις σύμφωνα με τις ισχύουσες διατάξεις.

### Αιτήσεις - Διαδικασία

Οι ενδιαφερόμενοι μπορούν να στέλνουν την αίτησή τους (η οποία υπέχει και θέση Υπεύθυνης Δήλωσης) με τα απαιτούμενα κατά περίπτωση δικαιολογητικά αυτοπροσώπως ή ταχυδρομικά με απόδειξη στη Διεύθυνση:

« Γενικό Νοσοκομείο Πρέβεζας

Σελευκείας 2 – ΠΡΕΒΕΖΑ

Τ.Κ. 48100 »

έως και 14-11-2024, όπως θα προκύπτει από την σφραγίδα του Ταχυδρομείου. Αιτήσεις που θα υποβληθούν μετά το ανωτέρω χρονικό διάστημα δεν θα ληφθούν υπόψη.

### Επιλογή

Η τελική επιλογή θα γίνει από τη Διοίκηση του Γ. Ν. Πρέβεζας

### Πληροφορίες

Για πληροφορίες, οι ενδιαφερόμενοι μπορούν να απευθύνονται στο Τμήμα Διαχείρισης Ανθρώπινου Δυναμικού του Γενικού Νοσοκομείου Πρέβεζας κατά τις εργάσιμες ημέρες και ώρες στο τηλέφωνο 2682361300 έως 302 και 338.

Ο ΔΙΟΙΚΗΤΗΣ

ΣΚΑΝΔΑΛΗΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ



ΘΕΩΡΗΘΗΚΕ  
ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΚΡΙΒΕΙΑ  
ΑΠΟ ΤΗΝ ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ  
24/11/2024

**Π Ρ Ο Σ**

**Το Γενικό Νοσοκομείο Πρέβεζας**

**Σελευκείας 2**

**ΤΚ 48100 ΠΡΕΒΕΖΑ**

**Α Ι Τ Η Σ Η**

ΕΠΩΝΥΜΟ:.....

Σας γνωρίζω ότι ενδιαφέρομαι να καλύψω τη λειτουργία και

ΟΝΟΜΑ: .....

εφημέρευση της χειρουργικής κλινικής του Γ. Ν. Πρέβεζας για

ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ:.....

χρονικό διάστημα ΔΩΔΕΚΑ (12) μηνών από την υπογραφή της

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ:.....

σύμβασης με τους όρους που αναφέρονται στην υπ' αριθμ. πρωτ.

10963/11-11-2024 Πρόσκληση Εκδήλωσης Ενδιαφέροντος.

.....

.....

**Ο/Η ΑΙΤΩΝ/ΟΥΣΑ**

ΤΗΛΕΦΩΝΟ:.....

EMAIL:.....

.....

Πρέβεζα, / /2024

**Π Ρ Ο Σ**

**Το Γενικό Νοσοκομείο Πρέβεζας**

**Σελευκείας 2**

**ΤΚ 48100 ΠΡΕΒΕΖΑ**

**Α Ι Τ Η Σ Η**

ΕΠΩΝΥΜΟ:.....

ΟΝΟΜΑ: .....

ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ:.....

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ:.....

.....

.....

ΤΗΛΕΦΩΝΟ:.....

EMAIL:.....

Σας γνωρίζω ότι ενδιαφέρομαι να καλύψω τη λειτουργία και εφημέρευση της Παθολογικής κλινικής του Γ. Ν. Πρέβεζας για χρονικό διάστημα ΔΩΔΕΚΑ (12) μηνών από την υπογραφή της σύμβασης με τους όρους που αναφέρονται στην υπ' αριθμ. πρωτ. 10963/11-11-2024 Πρόσκληση Εκδήλωσης Ενδιαφέροντος .

**Ο/Η ΑΙΤΩΝ/ΟΥΣΑ**

.....

Πρέβεζα, / /2024

**Π Ρ Ο Σ**

**Το Γενικό Νοσοκομείο Πρέβεζας**

**Σελευκείας 2**

**TK 48100 ΠΡΕΒΕΖΑ**

**Α Ι Τ Η Σ Η**

Σας γνωρίζω ότι ενδιαφέρομαι να καλύψω τη λειτουργία και εφημέρευση της Μαιευτικής-Γυναικολογικής κλινικής του Γ. Ν. Πρέβεζας για χρονικό διάστημα ΔΩΔΕΚΑ (12) μηνών από την υπογραφή της σύμβασης με τους όρους που αναφέρονται στην υπ' αριθμ. πρωτ. 10963/11-11-2024 Πρόσκληση Εκδήλωσης Ενδιαφέροντος.

ΕΠΩΝΥΜΟ:.....

ΟΝΟΜΑ: .....

ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ:.....

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ:.....

.....

.....

ΤΗΛΕΦΩΝΟ:.....

EMAIL:.....

**Ο/Η ΑΙΤΩΝ/ΟΥΣΑ**

.....

Πρέβεζα, / /2024