



Γενικό Νοσοκομείο
Θήρας

Καρτεράδος Τ.Κ 84700 Θήρα
Τηλ: 2286035300
Fax: 2286035459
email: info@santorini-hospital.gr



AEMY A.E. 08/10/2026

Α.Π. : Γ.Ν.Θ 7191

ΘΕΜΑ: Πρόσκληση εκδήλωσης ενδιαφέροντος για μετακίνηση ιατρικού προσωπικού στο Γ.Ν. Θήρας της Α.Ε.Μ.Υ. ΑΕ λόγω έκτακτων υπηρεσιακών αναγκών σε εφαρμογή των διατάξεων της υπ' αρ. Γ4α/οικ. 37563 (ΦΕΚ Β/5126/26.09.2025) και της υπ' αρ. πρωτ. Γ4α/Γ.Π. 30803/04.08.2026 (ΑΔΑ 9Χ50465ΦΥΟ-3ΗΧ).

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. 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», «Υποκεφάλαιο Ε4, άρθρα 62-72 «Λειτουργία Γ.Ν. Θήρας από την Α.Ε.Μ.Υ. Α.Ε. με τροποποίηση του Κανονισμού Εσωτερικής Οργάνωσης και Λειτουργίας (Κ.ΕΟ.Λ.) της Α.Ε.Μ.Υ. Α.Ε.»
4. το άρθρο 20, παρ. 1 του Ν. 5015/2023, «Αποζημίωση μετακινούμενου ιατρικού προσωπικού σε συγκεκριμένες δομές υγείας της ίδιας ή άλλης Υγειονομικής Περιφέρειας» (ΦΕΚ 20/Α/02-02-2023)
5. Την υπ' αρ. Γ4α/οικ. 37563 (ΦΕΚ Β/5126/26.09.2025) Υπουργική Απόφαση με θέμα «Μετακίνηση ιατρικού προσωπικού στο Γ.Ν. Θήρας»
6. Την υπ' αρ. πρωτ. Γ4α/Γ.Π. 30803/04.08.2026 (ΑΔΑ 9Χ50465ΦΥΟ-3ΗΧ) Υπουργική Απόφαση του Υφ. Υγείας «Καθορισμός ειδικοτήτων ιατρών κλάδου ΕΣΥ που δύναται να μετακινηθούν για τις ανάγκες του ΓΝ Θήρας»
7. 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
8. 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



Γενικό Νοσοκομείο

Θήρας

Καρτεράδος Τ.Κ 84700 Θήρα
 Τηλ: 2286035300
 Fax: 2286035459
 email: info@santorini-hospital.gr



ΑΝΩΝΥΜΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ Α.Ε.

απόφαση Δ.Σ. «Έγκριση Τροποποίησης ΚΕΟΛ» όπως υποβλήθηκε προς δημοσίευση στο ΓΕΜΗ με το υπ' αρ. πρωτ. ΓΕΜΗ 1354/29-1-2018

9. την υπ' αριθμ. 26/25.09.2026 απόφαση του Διοικητικού Συμβουλίου με θέμα: «Παράταση Διάρκειας Διοικητικού Συμβουλίου » όπως αναρτήθηκε με την υπ' αρ. πρωτ. 4237796/30.09.2026 Ανακοίνωση ΓΕΜΗ και κωδικό αριθμό καταχώρησης 6216642

10. την έγκριση της Γ' Τροποποίησης Προϋπολογισμού 2026 με την υπ' αριθμ.20ης/22-07-2026 συνεδρίασης του Διοικητικού Συμβουλίου της Ανώνυμης Εταιρείας Μονάδων Υγείας (Α.Ε.Μ.Υ Α.Ε), αρ.πρωτ.5984/23-07-2026 , θέμα 3ο - ΑΔΑ : Ρ6ΒΜΟΡΡ3-Σ3Μ.

ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ

Ιατροί κλάδου Εθνικού Συστήματος Υγείας (Ε.Σ.Υ.) δύνανται να μετακινηθούν για χρονικό διάστημα ενός (1) μήνα, κατ' εφαρμογή της υπ' αρ. Γ4α/οικ. 37563 (ΦΕΚ Β/5126/26.09.2025) Υπουργικής Απόφασης για την κάλυψη έκτακτων υπηρεσιακών αναγκών του Γ.Ν. Θήρας.

Για τις εγκεκριμένες θέσεις που περιλαμβάνονται στον κάτωθι συγκεντρωτικό πίνακα, οι ιατροί, εκδηλώνουν ενδιαφέρον με αίτησή τους προς το Τμήμα Προσωπικού του Γ.Ν. Θήρας, από την επόμενη της ανάρτησης της παρούσας πρόσκλησης, η οποία υποβάλλεται μέσω μηνύματος ηλεκτρονικού ταχυδρομείου στην ηλεκτρονική διεύθυνση: hr@santorini-hospital.gr.

Στην αίτησή τους (κάτωθι συνημμένο πρότυπο), θα αναγράφουν πλήρη στοιχεία (ονοματεπώνυμο, ειδικότητα, υπηρεσία προέλευσης, κινητό τηλέφωνο και e-mail). Η αίτησή τους θα λαμβάνει αριθμό πρωτοκόλλου, σύμφωνα με την ώρα αποστολής του ηλεκτρονικού τους μηνύματος και θα καταχωρείται σε πίνακα με σειρά προτεραιότητας βάσει του αριθμού πρωτοκόλλου.

Στην αίτηση πρέπει επίσης να αναφέρεται η προτιμώμενη χρονική περίοδο μετακίνησης.



Γενικό Νοσοκομείο

Θήρας

Καρτεράδος Τ.Κ 84700 Θήρα
 Τηλ: 2286035300
 Fax: 2286035459
 email: info@santorini-hospital.gr



ΑΝΩΝΥΜΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ Α.Ε.

Για την επιλογή των ιατρών που θα μετακινηθούν, λαμβάνεται υπόψη η σειρά προτεραιότητας, σύμφωνα με τον αύξοντα αριθμό πρωτοκόλλου της αίτησης, σε συνδυασμό με τις υπηρεσιακές ανάγκες του Γ.Ν. Θήρας.

Η διαδικασία μετακίνησης ολοκληρώνεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας μετά από γνώμη του Δ.Σ. της Α.Ε.Μ.Υ. Α.Ε. καθώς και του Διοικητή του φορέα προέλευσης, τα οποία μαζί με την αίτηση αποστέλλονται στην αρμόδια για την έκδοση Διεύθυνση του Υπουργείου Υγείας.

Σε περίπτωση που δε γίνει δεκτή η αίτηση μετακίνησης εξετάζεται η μετακίνηση του επόμενου στη σειρά προτεραιότητας ιατρού.

Η μετακίνηση κατ' εφαρμογή της παρ. 4Α του άρθρου 64 του ν. 4368/2016 διαρκεί έναν (1) μήνα.

Η μετακίνηση δύναται να ανανεώνεται έως έναν (1) μήνα, μόνο στις περιπτώσεις που δεν έχουν εκδηλώσει ενδιαφέρον άλλοι ιατροί της ίδιας ειδικότητας για την κάλυψη των αναγκών ή οι ιατροί που έπονται στη σειρά προτεραιότητας δεν αποδεχτούν τη μετακίνηση ή δεν δύνανται να μετακινηθούν λόγω υπηρεσιακών αναγκών του φορέα προέλευσης.

Για την ανανέωση της μετακίνησης εκδίδεται υπουργική απόφαση.

Η αποζημίωση σύμφωνα με τις ανωτέρω σχετικές διατάξεις, οι δαπάνες διαμονής και μετακίνησης καθώς και η αποζημίωση εφημεριακής απασχόλησης των γιατρών, κατά την διάρκεια της μετακίνησης καταβάλλονται από την ΑΕΜΥ Α.Ε.

Για τις μετακινήσεις που διενεργούνται κατ' εφαρμογή του παρόντος καταβάλλεται η μηνιαία αποζημίωση της παρ. 1 του άρθρου 20 του ν. 5015/2023:

«Αποζημίωση μετακινούμενου ιατρικού προσωπικού σε συγκεκριμένες δομές υγείας της ίδιας ή άλλης Υγειονομικής Περιφέρειας

1. Στους ιατρούς του κλάδου του Εθνικού Συστήματος Υγείας, οι οποίοι μετακινούνται κατ' εφαρμογή του [άρθρου 24](#) του ν. [3599/2007](#) ([Α` 176](#)), περί των μετακινήσεων του



Γενικό Νοσοκομείο

Θήρας

Καρτεράδος Τ.Κ 84700 Θήρα

Τηλ: 2286035300

Fax: 2286035459

email: info@santorini-hospital.gr



ΑΝΩΝΥΜΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ Α.Ε.

πάσης φύσης προσωπικού των φορέων παροχής υπηρεσιών υγείας σε συγκεκριμένες δομές υγείας που βρίσκονται σε διαφορετικές Περιφερειακές Ενότητες της ίδιας ή άλλης Υ.Πε., με εξαίρεση τις δομές υγείας της Περιφέρειας Αττικής, λόγω έκτακτων υπηρεσιακών αναγκών χορηγείται μηνιαία αποζημίωση ύψους δύο χιλιάδων εκατό (2.100) ευρώ, πλέον των μηνιαίων αποδοχών τους. Στους ιατρούς του πρώτου εδαφίου δεν καταβάλλεται η αποζημίωση του [άρθρου 29](#) του ν. [4816/2021](#) ([Α` 118](#)), περί της αποζημίωσης των ιατρών διαφόρων ειδικοτήτων για τη μετακίνηση σε νοσοκομεία της ίδιας ή άλλης Υ.Πε...////...»

Στην περίπτωση που η μετακίνηση ιατρού διαρκέσει λιγότερο από έναν μήνα και απαιτηθεί η μετακίνηση περισσότερων του ενός ιατρών για τη συμπλήρωση του μήνα, η αποζημίωση στον εκάστοτε ιατρό καταβάλλεται αναλογικά.

Η παρούσα Πρόσκληση Εκδήλωσης ενδιαφέροντος να αναρτηθεί στο Πρόγραμμα «ΔΙΑΥΓΕΙΑ» και στον Ιστότοπο του Γ.Ν. Θήρας.

Α/Α	ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	ΑΡ. ΜΕΤΑΚΙΝΟΥΜΕΝΩΝ
1	ΠΑΙΔΙΑΤΡΟΣ	2
2	ΠΑΘΟΛΟΓΟΣ	1
ΣΥΝΟΛΟ		3

Για το ΓΝ Θήρας
Κωνσταντίνος Λυκοστράτης

Αντιπρόεδρος του ΔΣ της ΑΕΜΥ ΑΕ &
Εντεταλμένος Σύμβουλος για το ΓΝ
Θήρας



Γενικό Νοσοκομείο

Θήρας

Καρτεράδος Τ.Κ 84700 Θήρα

Τηλ: 2286035300

Fax: 2286035459

email: info@santorini-hospital.gr



ΑΝΩΝΥΜΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ Α.Ε.

Συνημμένα:

Αίτηση – Υπεύθυνη Δήλωση



Γενικό Νοσοκομείο

Θήρας

Καρτεράδος Τ.Κ 84700 Θήρα

Τηλ: 2286035300

Fax: 2286035459

email: info@santorini-hospital.gr



ΑΝΩΝΥΜΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ Α.Ε.

ΑΙΤΗΣΗ ΜΕΤΑΚΙΝΗΣΗΣ – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

ΠΡΟΣ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΗΡΑΣ (Υποκ. της ΑΕΜΥ ΑΕ)	ΘΕΜΑ: Υποβολή για τη μετακίνηση ιατρικού προσωπικού στο Γ.Ν. Θήρας
<u>ΕΠΩΝΥΜΟ:</u> <u>ΟΝΟΜΑ:</u> <u>ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ:</u> <u>ΜΗΤΡΩΝΥΜΟ:</u> <u>Α.Δ.Τ.:</u> <u>ΑΦΜ:</u> <u>ΔΟΥ:</u> <u>Δ/ΝΣΗ ΕΔΡΑΣ:</u> <u>ΠΕΡΙΟΧΗ, Τ.Κ.:</u> <u>ΤΗΛΕΦΩΝΟ:</u> <u>ΚΙΝΗΤΟ:</u> <u>e-mail:</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. 7191/08-10-2026 πρόσκληση μετακίνησης στο Γ.Ν. Θήρας (Υποκ/μα της Α.Ε.Μ.Υ. Α.Ε.) και ότι κατέχω την ειδικότητα <u>Δηλώνω υπεύθυνα</u> ότι όλα τα ατομικά στοιχεία και τα ουσιαστικά προσόντα που αναφέρω στο βιογραφικό μου σημείωμα είναι αληθή και σας υποβάλλω συνημμένα τα κάτωθι αποδεικτικά - δικαιολογητικά: 1. Πτυχίο 2. Βιογραφικό Σημείωμα 3. Φωτοαντίγραφο Α.Δ.Τ. ή διαβατηρίου 4. Άδεια Άσκησης Επαγγέλματος 5. Τίτλος Ιατρικής Ειδικότητας 6. Βεβαίωση Εκπλήρωσης Υπηρεσίας Υπαίθρου 7. Βεβαίωση Ιδιότητας Μέλους Ιατρικού Συλλόγου 8. 9. 10. Ο/Η ΑΙΤΩΝ/ΟΥΣΑ



Γενικό Νοσοκομείο

Θήρας

Καρτεράδος Τ.Κ 84700 Θήρα
Τηλ: 2286035300
Fax: 2286035459
email: info@santorini-hospital.gr

