



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
4^η ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ
ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ ΚΑΙ ΘΡΑΚΗΣ
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ
" Ι Π Π Ο Κ Ρ Α Τ Ε Ι Ο "

*Κωνσταντινουπόλεως αρ. 49, 546 42
Θεσσαλονίκη*

☎ (2310) 892.202 Fax (2310) 818.254

ΑΝΑΡΤΗΤΕΟ ΣΤΟ ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ

Θεσσαλονίκη, 13 Οκτωβρίου 2020

Αριθμ. Πρωτ. 53975

Υποδιεύθυνση Διοικητικού
Τμήμα: Διαχ. Ανθρ. Δυναμικού
Πληροφορίες: Σ.Πασχαλίδου

ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ

Συνεργασίας δύο (2) ιδιωτών ιατρών ειδικότητας **Αναισθησιολογίας**, με καθεστώς έκδοσης Δελτίου Παροχής Υπηρεσιών, στο πλαίσιο αντιμετώπισης έκτακτων αναγκών λόγω διασποράς του κορωνοϊού COVID-19 .

Ο ΔΙΟΙΚΗΤΗΣ ΤΟΥ Γ.Ν.Θ. ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ

Έχοντας υπόψη:

1. Τις διατάξεις του Ν. 3329/05, όπως αυτός τροποποιήθηκε και συμπληρώθηκε από το Ν.3370/05 το Ν.3527/07 και τον Ν.3868/10.
2. Την υπ' αριθμ. Γ4β/Γ.Π.οικ.2764/16-01-2020 Απόφαση του Υπουργού Υγείας περί διορισμού του Διοικητή στο Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Ιπποκράτειο», αρμοδιότητας 4ης Υ.ΠΕ. Μακεδονίας και Θράκης (ΦΕΚ 65/τ.ΥΟΔΔ/31-01-2020 όπως διορθώθηκε με το ΦΕΚ 108/ τ.ΥΟΔΔ /14-02-2020).
3. Την υπ' αριθμ. Γ4β/Γ.Π.οικ.2403/15-01-2020 Απόφαση του Υπουργού Υγείας περί διορισμού του Αναπληρωτή Διοικητή στο Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Ιπποκράτειο», με αρμοδιότητα στην οργανική Μονάδα Έδρας «Ιπποκράτειο», αρμοδιότητας 4ης Υ.ΠΕ. Μακεδονίας και Θράκης (ΦΕΚ 31/τ.ΥΟΔΔ/17-01-2020).

4. Την υπ' αριθμ. Γ4β/Γ.Π.οικ.91764/31-12-2019 Απόφαση του Υπουργού Υγείας περί διορισμού της Αναπληρώτριας Διοικήτριας στο Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Ιπποκράτειο», με αρμοδιότητα στην Αποκεντρωμένη Οργανική Μονάδα «Αφροδισίων και Δερματικών Νόσων», αρμοδιότητας 4ης Υ.ΠΕ. Μακεδονίας και Θράκης (ΦΕΚ 1116/τ.ΥΟΔΔ/31-12-2019).
5. Την υπ' αριθμ. πρωτ.30416/20-07-2020 απόφαση του Διοικητή της 4ης Υ.ΠΕ. Μακεδονίας και Θράκης: «Α' κατανομή ιδιωτών ιατρών σε δημόσια νοσοκομεία αρμοδιότητας της 4^{ης} Υ.ΠΕ. Μακεδονίας και Θράκης για την αντιμετώπιση έκτακτων αναγκών».
6. Το άρθρο 14 της Π.Ν.Π. «Μέτρα για την αντιμετώπιση των συνεχιζόμενων συνεπειών της πανδημίας του κορωνοϊού COVID-19 και άλλες κατεπείγουσες διατάξεις» (Φ.Ε.Κ. 84/τ.Α'/13.04.2020), όπως κυρώθηκε με το άρθρο 1 του Ν. 4690/2020 (Φ.Ε.Κ. 104/τ.Α'/30.5.2020) «Κύρωση Π.Ν.Π. σχ. με κορωνοϊό και άλλες διατάξεις».
7. Την παρ. 4 του άρθρου 9 του Π.Δ. 80/2016 «Ανάληψη υποχρεώσεων από τους διατάκτες» (Φ.Ε.Κ. 145/ τ. Α'/5.8.2016).
8. Την υπ' αριθμ. πρωτ.Γ4β/Γ.Π.οικ.41763/2.7.2020 (ΦΕΚ 2771/Β/8-7-2020) Απόφαση του Υφυπουργού Υγείας: «Κατανομή ιδιωτών ιατρών σε δημόσια νοσοκομεία μεταξύ των Υ.Πε. για την αντιμετώπιση έκτακτων αναγκών».
9. Την υπ' αριθμ. πρωτ. 31791/30-07-2020 Απόφαση του Διοικητή της 4^{ης} Υ.ΠΕ. Μακεδονίας και Θράκης: «Έγκριση συνεργασίας δύο (2) ιδιωτών ιατρών, ειδικότητας αναισθησιολογίας, με το Γ.Ν.Θ. «Ιπποκράτειο» αρμοδιότητας 4^{ης} Υ.ΠΕ. Μακεδονίας και Θράκης για την αντιμετώπιση έκτακτων αναγκών», με την έκδοση δελτίου παροχής υπηρεσιών.
10. Το άρθρο 8 της Π.Ν.Π. «Επείγουσες ρυθμίσεις αντιμετώπισης εκτάκτων αναγκών του Εθνικού Συστήματος Υγείας, προστασίας από τη διασπορά του κορωνοϊού COVID-19, στήριξης της αγοράς εργασίας και διευκόλυνσης της εκπαιδευτικής διαδικασίας.» (Φ.Ε.Κ. 157/τ.Α'/10.08.2020), σε αντικατάσταση του άρθρου 14 της από 13.04.2020 Π.Ν.Π., η οποία κυρώθηκε με το άρθρο 1 του ν.4690/2020».
11. Το γεγονός ότι η από 05-08-2020 Πρόσκληση Εκδήλωσης Ενδιαφέροντος κατέστη άγονη.
12. Το γεγονός της ύπαρξης σοβαρών κινδύνων για τη δημόσια υγεία της χώρας και την αντιμετώπιση των έκτακτων αναγκών του Νοσοκομείου.

Καλεί τους ενδιαφερόμενους ιδιώτες ιατρούς ειδικότητας **Αναισθησιολογίας**, σε συνεργασία με το Γ.Ν.Θ. «Ιπποκράτειο» με καθεστώς έκδοσης δελτίου παροχής υπηρεσιών για τη σύναψη Σύμβασης και μέχρι 31/12/2020. Η παροχή υπηρεσιών για την

υλοποίηση της Σύμβασης με ιατρό ειδικότητας **Αναισθησιολογίας**, θα αφορά την παροχή υπηρεσιών στο Γ.Ν.Θ. «Ιπποκράτειο», ως ακολούθως:

Ειδικότητα Αναισθησιολογίας, δύο (2) θέσεις:

Δύο θέσεις με καθεστώς έκδοσης δελτίου παροχής υπηρεσιών με Αναισθησιολόγο, διάρκειας από την υπογραφή της Σύμβασης και μέχρι την 31/12/2020, για την παροχή υπηρεσιών στο Γ.Ν.Θ. «Ιπποκράτειο» (η μηνιαία αμοιβή των ιατρών καθορίζεται στο ποσό των δύο χιλιάδων (2.000) ευρώ. Η εν λόγω αμοιβή είναι αφορολόγητη, ανεκχώρητη και ακατάσχετη στα χέρια του Δημοσίου ή τρίτων, κατά παρέκκλιση κάθε γενικής και ειδικής διάταξης, δεν υπόκειται σε οποιαδήποτε κράτηση, τέλος ή εισφορά, δεν δεσμεύεται και δεν συμψηφίζεται με βεβαιωμένα χρέη προς τη Φορολογική Διοίκηση και το Δημόσιο εν γένει, τους δήμους, τις περιφέρειες, τα ασφαλιστικά ταμεία ή τα πιστωτικά ιδρύματα και δεν υπολογίζεται στα εισοδηματικά όρια για την καταβολή οποιασδήποτε παροχής κοινωνικού ή προνοιακού χαρακτήρα).

1.ΠΡΟΣΟΝΤΑ ΠΡΟΣΛΗΨΗΣ

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 τη 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.
6. Να έχουν τους απαιτούμενους τίτλους σπουδών (Πτυχίο ή δίπλωμα Ιατρικής ΑΕΙ ή το ομώνυμο πτυχίο ή δίπλωμα Ε.Α.Π. ΑΕΙ ή Προγραμμάτων Σπουδών Επιλογής ΑΕΙ της ημεδαπής ή ισότιμος τίτλος σχολών της ημεδαπής ή αλλοδαπής, αντίστοιχης ειδικότητας. Άδεια άσκησης ιατρικού επαγγέλματος ή Βεβαίωση ότι πληροί όλες τις νόμιμες προϋποθέσεις για την άσκηση του ιατρικού επαγγέλματος. Άδεια χρήσης τίτλου ειδικότητας -όπου απαιτείται. Βεβαίωση ιδιότητας μέλους Ιατρικού Συλλόγου. Εκπλήρωση της υποχρεωτικής άσκησης υπηρεσίας υπαίθρου, με βεβαίωση του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης ή βεβαίωση του ίδιου Υπουργείου ότι δεν απαιτείται).

2.ΣΕΙΡΑ ΚΑΤΑΤΑΞΕΙΣ –ΔΙΕΥΚΡΙΝΙΣΕΙΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΩΝ

Η Επιλογή θα γίνει από την Διοίκηση του ΓΝΘ Ιπποκράτειο.

Οι προϋποθέσεις όλων των υπαρχόντων, αναφερόμενων και υποβαλλόμενων προσόντων από τους υποψηφίους θα πρέπει να συντρέχουν κατά το χρόνο κατάθεσης της αίτησης, λαμβανομένου δε ιδιαίτέρως υπόψη ότι ο εκάστοτε υποψήφιος μαζί με την υποβολή της αίτησής του, υπογράφει για την ορθότητα των υποβληθέντων και επικαλούμενων υπ'αυτὸν στοιχείων.

Επισημαίνεται ότι υποψήφιοι οι οποίοι δεν διαθέτουν τα ελάχιστα απαιτούμενα προσόντα θα αποκλείονται αυτομάτως από την περαιτέρω διαδικασία αξιολόγησης.

3.ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

Οι ενδιαφερόμενοι θα πρέπει να υποβάλουν τα παρακάτω δικαιολογητικά:

1. Αίτηση – δήλωση σε ειδικό έντυπο (Παράρτημα Ι). Η αίτηση – δήλωση συμπληρώνεται με ακρίβεια και σε όλα τα στοιχεία που περιλαμβάνει. Αιτήσεις σε άλλο έντυπο ή αιτήσεις στις οποίες δεν έχουν συμπληρωθεί όλα τα απαιτούμενα στοιχεία, δεν γίνονται δεκτές.
2. Υπεύθυνη δήλωση του Ν. 1599/1986 της προκήρυξης για τη μη καταδίκη, παραπομπή, στερητική δικαστική συμπάρασταση κτλ του/της υποψηφίου/ιας.
3. Φωτοαντίγραφο πτυχίου. Σε περίπτωση πτυχίου πανεπιστημίου κράτους μέλους της Ευρωπαϊκής Ένωσης, απαιτείται και φωτοαντίγραφο επίσημης μετάφρασης. Σε περίπτωση πτυχίων από χώρες εκτός της Ευρωπαϊκής Ένωσης, απαιτείται φωτοαντίγραφο του ξενόγλωσσου πτυχίου, φωτοαντίγραφο επίσημης μετάφρασης και φωτοαντίγραφο της απόφασης ισοτιμίας του ΔΟΑΤΑΠ. Όλα τα ξενόγλωσσα πτυχία και πιστοποιητικά θα πρέπει απαραίτητως να έχουν μεταφραστεί επίσημα στην ελληνική γλώσσα σύμφωνα με τις κείμενες διατάξεις. Στα απλά φωτοαντίγραφα των ξενόγλωσσων πτυχίων και πιστοποιητικών θα πρέπει να φαίνεται και η σφραγίδα της Χάγης (APOSTILLE) που έχει τεθεί στο πρωτότυπο πτυχίο ή πιστοποιητικό, όπου αυτή απαιτείται.
4. Φωτοαντίγραφο απόφασης άδειας άσκησης ιατρικού επαγγέλματος.
5. Φωτοαντίγραφο απόφασης χορήγησης τίτλου ειδικότητας (όπου απαιτείται).
6. Βεβαίωση του οικείου Ιατρικού Συλλόγου στην οποία να βεβαιώνεται ο συνολικός χρόνος άσκησης του ιατρικού επαγγέλματος, η ασκούμενη ειδικότητα και ο συνολικός χρόνος άσκησής της.
7. Πιστοποιητικό γέννησης ή φωτοαντίγραφο του δελτίου αστυνομικής ταυτότητας ή φωτοαντίγραφο διαβατηρίου, όταν πρόκειται για πολίτη κράτους μέλους της Ευρωπαϊκής Ένωσης ή φωτοαντίγραφο του Δικαιώματος Άδειας Εργασίας στην Ελλάδα.

8. Πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης.

Υποβολή αιτήσεων συμμετοχής.

Οι ενδιαφερόμενοι καλούνται να υποβάλλουν αίτηση **αυτοπροσώπως**, είτε με άλλο εξουσιοδοτημένο από αυτούς πρόσωπο, είτε **ταχυδρομικά με συστημένη επιστολή**, στο Νοσοκομείο στη διεύθυνση: Γ.Ν.Θ. «Ιπποκράτειο», Τμήμα Διαχείρισης Ανθρώπινου Δυναμικού, Κωνσταντινουπόλεως 49, Τ.Κ. 54642, Θεσσαλονίκη με την ένδειξη: «για την πρόσκληση εκδήλωσης ενδιαφέροντος για συνεργασία με ιατρό Αναισθησιολογίας, στο Γ.Ν.Θ. «Ιπποκράτειο»».

Η προθεσμία υποβολής των αιτήσεων ξεκινάει από 13/11/2020 έως και 19/11/2020. Ως ημερομηνία κατάθεσης λογίζεται η ημερομηνία αποστολής του φακέλου, η οποία αποδεικνύεται από τη σφραγίδα ταχυδρομείου ή με αποδεικτικό της εταιρίας ταχυμεταφοράς.

Με την υποβολή των αιτήσεων εκδήλωσης ενδιαφέροντος, οι ενδιαφερόμενοι αποδέχονται πλήρως τους όρους της παρούσας πρόσκλησης εκδήλωσης ενδιαφέροντος, καθώς και ότι η διαδικασία δύναται με απόφαση της αναθέτουσας αρχής να διακοπεί, αναβληθεί ή επαναληφθεί με τα ίδια ή και άλλο περιεχόμενο χωρίς να μπορεί να υπάρξει οιαδήποτε αξίωση των ενδιαφερομένων έναντι της αναθέτουσας αρχής.

Ο ΔΙΟΙΚΗΤΗΣ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ

ΝΙΚΟΛΑΟΣ ΑΝΤΩΝΑΚΗΣ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΥΠΟΔΕΙΓΜΑ ΑΙΤΗΣΗΣ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ

ΠΡΟΤΑΣΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΚΩΔΙΚΟ

ΘΕΣΗΣ

Επώνυμο :

Όνομα :

Όνομα πατρός :

Αριθμός τηλεφώνου:

E-mail :

Ημερομηνία γέννησης :

Δηλώνω υπεύθυνα ότι:

- A) αποδέχομαι τους όρους της υπ' αριθμ. πρόσκλησης εκδήλωσης ενδιαφέροντος για υποβολή πρότασης
- B) διαθέτω όλα τα δικαιολογητικά που αποδεικνύουν όσα αναφέρω στην παρούσα (σε πρωτότυπα ή επίσημα αντίγραφα)
- Γ) για την ανάληψη του έργου και την είσπραξη της συμφωνηθείσας αμοιβής δεν συντρέχει κανένα κώλυμα στο πρόσωπό μου και σε αντίθετη περίπτωση, θα φροντίσω για την άρση κάθε κωλύματος για το σκοπό αυτό, εφόσον η παρούσα πρότασή μου γίνει δεκτή.

Ημερομηνία:/..../2020

Ονοματεπώνυμο

Υπογραφή