



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ  
6<sup>η</sup> ΥΠΕ ΠΕΛΟΠ/ΣΟΥ- ΙΟΝΙΩΝ ΝΗΣΩΝ  
ΗΠΕΙΡΟΥ & ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΟΣ  
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΕΦΑΛΛΗΝΙΑΣ

Αριθ. Πρωτ. : 2144  
Αργοστόλι : 03-03-2023

ΓΡΑΦΕΙΟ ΠΡΟΜΗΘΕΙΩΝ  
Διεύθυνση : Οδός Σουηδίας - Αργοστόλι  
Τηλ : 26713-61135, 61150  
Φαξ : 26710-28886, 38055

**ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΣΛΗΨΗ ΙΑΤΡΟΥ  
ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑΣ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ ΜΕ ΑΠΟΔΕΙΞΗ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΣΤΟ Γ.Ν.  
ΚΕΦΑΛΛΗΝΙΑΣ**

**Το Γ.Ν. Κεφαλληνίας έχοντας υπόψη :**

1. Τον Οργανισμό του Γενικού Νοσοκομείου Κεφαλληνίας.
2. Το αρ.14 της ΠΝΠ 84/τ.Α/2020, όπως κυρώθηκε με το αρ.1 του Ν.4690/2020 (ΦΕΚ 104.τ.Α), όπως τροποποιήθηκε με το αρ.14 του Ν.4764/2020, το οποίο τροποποιήθηκε με το αρ. 16 του Ν.4790/2021, με τον Ν.4812/202, το αρ.52 του Ν.4825/2021 και την παρ.2 του αρ.163 του Ν.4876/2021, τις διατάξεις της παρ.3 του άρθρου τριακοστού τρίτου του Ν.4917/2022, τις διατάξεις της παρ.3 του άρθρου 19 του Ν.4950/2022 και τις διατάξεις της παρ.3 του αρ.42 του Ν.4975/2022 και τις διατάξεις της παρ.2 του αρ.35 του Ν.5007/2022.
3. Π.Δ 80/2016.
4. Την υπ' αριθμ.Γ4β/Γ.Π.014.41763/2.7.2020 Υπ. Απόφαση, ΦΕΚ 2771/Β/8.7.2020. «Κατανομή ιδιωτών γιατρών σε Δημόσια Νοσοκομεία μεταξύ των ΥΠΕ για την αντιμετώπιση έκτακτων αναγκών.
5. Το από 01-03-2023 έγγραφο του Διευθυντή της Ιατρικής Υπηρεσίας
6. Υπ 'αριθμ.2036/01-03-2023 έγγραφο της Διοίκησης του Γ.Ν. Κεφαλληνίας προς την 6<sup>η</sup> ΥΠΕ
7. Την αριθμ' 13985/02-03-2023 εγκριτική απόφαση του Διοικητή της 6<sup>ης</sup> Υ.Π.Ε σχετικά με την έγκριση συνεργασίας του Γ.Ν. Κεφαλληνίας με ιατρό, ειδικότητας παθολογίας, με καθεστώς έκδοσης δελτίου παροχής υπηρεσιών και **για χρονικό διάστημα όχι πέραν της 31-03-2023.**
8. Τις επιτακτικές υπηρεσιακές ανάγκες του παθολογικού τμήματος.
9. Το γεγονός ότι η δαπάνη θα βαρύνει τις πιστώσεις του προϋπολογισμού του Γ.Ν. Κεφαλληνίας.
10. Την υπ' αριθμ ΑΔΑ:ΩΝΦ64690ΒΔ-ΣΟΖ βεβαίωση δέσμευσης πίστωσης του Οικονομικού Τμήματος.

**ΑΝΑΚΟΙΝΩΝΕΙ**

Την συνεργασία με έναν (1) ιατρό ειδικότητας Παθολογίας, για κάλυψη του προγράμματος εφημεριών του παθολογικού τμήματος, με καθεστώς έκδοσης από αυτόν, δελτίου απόδειξης παροχής υπηρεσιών και για χρονικό διάστημα από **08-03-2023** έως **31-03-2023**.

### **Οι υποψήφιοι πρέπει:**

1. Να είναι Έλληνες πολίτες.
2. Να έχουν την υγεία και φυσική καταλληλότητα που απαιτείται για την εκτέλεση των καθηκόντων της θέσης.
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.
6. Να έχουν τους απαιτούμενους τίτλους σπουδών.

### **Υποβολή αιτήσεων συμμετοχής**

Οι ενδιαφερόμενοι καλούνται να υποβάλλουν αίτηση είτε αυτοπροσώπως, είτε με άλλο εξουσιοδοτημένο από αυτούς πρόσωπο, είτε με ηλεκτρονικό ταχυδρομείο, είτε ταχυδρομικά με συστημένη επιστολή, στο Νοσοκομείο στη διεύθυνση: Γενικό Νοσοκομείο Κεφαλληνίας, Οδός Σουηδίας, Τ.Κ. 28100 Αργοστόλι, με την ένδειξη **«ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ ΓΙΑ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΙΔΙΩΤΗ ΠΑΘΟΛΟΓΟ ΣΤΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ Κεφαλληνίας».**

**Με την αίτηση συνυποβάλλονται:**

- 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. Σύντομο βιογραφικό σημείωμα
- η. Πιστοποιητικό εμβολιασμού κατά COVID-2019
- θ. Ασφαλιστική και φορολογική ενημερότητα
- ί. Απόσπασμα ποινικού μητρώου

Η προθεσμία υποβολής των αιτήσεων (ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1) είναι: από **03-03-2023** έως και **06-03-2023 08.00 π.μ** στην ακόλουθη διεύθυνση ηλεκτρονικού ταχυδρομείου:

[promith.gnkef@yahoo.gr](mailto:promith.gnkef@yahoo.gr)

**Ο ΔΙΟΙΚΗΤΗΣ ΤΟΥ Γ.Ν.  
ΚΕΦΑΛΛΗΝΙΑΣ**

**ΔΗΜΗΤΡΗΣ ΜΑΡΤΙΝΗΣ**

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι  
ΥΠΟΔΕΙΓΜΑ ΑΙΤΗΣΗΣ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ

ΠΡΟΤΑΣΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ ΓΙΑ ΤΗ ΘΕΣΗ .....

Επώνυμο:

Όνομα:

Όνομα πατρός:

Αριθμός Τηλεφώνου:

e-mail:

Δηλώνω υπεύθυνα ότι:

Α) Αποδέχομαι τους όρους της υπ' αριθμ. .... πρόσκλησης εκδήλωσης ενδιαφέροντος για υποβολή πρότασης.

Β) 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:

Όνοματεπώνυμο:

Υπογραφή: