

Α.Δ.Α. 6ΡΧΔΟΡΡ3-ΧΣΠ

Αρ. Πρωτ.: 884/06-02-2018

### **ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ**

**ΘΕΜΑ:** «ΥΠΟΒΟΛΗ ΥΠΟΨΗΦΙΟΤΗΤΑΣ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑΣ ΜΕ ΙΑΤΡΟΥΣ- ΕΞΩΤΕΡΙΚΟΥΣ ΣΥΝΕΡΓΑΤΕΣ ΚΑΤΟΧΟΥΣ Α.Π.Υ. ΓΙΑ ΤΗΝ Α.Ε.Μ.Υ. Α.Ε.»

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. τον εγκεκριμένο βάσει του υπ' αριθμ. ΦΕΚ 12569/29-10-2007, τ. Α.Ε. - Ε.Π.Ε., Κανονισμό Εσωτερικής Οργάνωσης και Λειτουργίας της Α.Ε.Μ.Υ. Α.Ε., καθώς και βάσει του υπ' αριθμ. ΦΕΚ 3638/29-05-2007, τ. Α.Ε. - Ε.Π.Ε., Γενικό Κανονισμό Εργασίας, όπως κάθε φορά ισχύουν,
4. 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. 5<sup>θέμα1</sup>/15-3-2016 στην οποία περιλαμβάνεται το τελικά εγκεκριμένο οργανόγραμμα του Γενικού Νοσοκομείου Θήρας, καθώς και η στελέχωση αυτού (Α.Δ.Α. 6ΚΚ4ΟΡΡ3-7ΣΙ),
5. την τροποποίηση της παρ. 1 του άρθρου 41 του Ν.4058/2012 που αντικαταστάθηκε δυνάμει του άρθρου 182 του Ν.4261/2014. (ΦΕΚ107/Α/05.05.2014),
6. τον Ν.2472/1997 όπως τροποποιήθηκε και ισχύει,
7. τον Ν.3418/2005 – Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας , όπως ισχύει σήμερα
8. την υπ' αρ. 21<sup>θέμα7</sup>/31-8-2016 απόφαση Δ.Σ. με θέμα «Έγκριση αιτήματος προς το Υπουργείο Υγείας για τη σύναψη συνεργασίας με ιατρικό και υγειονομικό προσωπικό – εξωτερικούς συνεργάτες για την υποστήριξη της λειτουργίας της Π.Ο.Χ. και του ΚΥΑΑ Κερατέας – Κ. Πρίφτης»,

9. την υπ' αρ. Α2β/Γ.Π.58701/10-11-2016 απόφαση Υπουργού Υγείας «Έγκριση για την κίνηση διαδικασιών συνεργασίας για χρονικό διάστημα έως δώδεκα (12) μήνες με είκοσι έναν (21) ιατρούς διαφόρων ειδικοτήτων και ενός (1) ατόμου κλάδου ΤΕ Μαιευτικής, με καθεστώς έκδοσης από αυτούς δελτίου απόδειξης παροχής υπηρεσιών, για τις παρεχόμενες υπηρεσίες τους, με την Α.Ε.Μ.Υ. Α.Ε. για τις ανάγκες λειτουργίας της Πολυκλινικής του Ολυμπιακού Χωριού και του Κέντρου Υγείας – Αποκατάστασης – Αποθεραπείας Κερατέας «Κ. Πρίφτης»,
10. την υπ' αριθμ. 22<sup>θέμα15</sup>/14-07-2017 απόφαση του Δ.Σ. της Εταιρείας με θέμα «Πρόσκληση για την κάλυψη της θέσης εξωτερικού συνεργάτη ιατρού ακτινοδιαγνωστικής για τις ανάγκες της ΠΟΧ και του ΚΥΑΑ Κερατέας – “Κ. Πρίφτης”» (Α.Δ.Α. 6ΓΗΧΟΡΡ3-Ω72),
11. την υπ' αριθμ. 26<sup>θέμα12</sup>/08-09-2017 απόφαση του Δ.Σ. της Εταιρείας με θέμα «Αίτημα για έκδοση Απόφασης Υπουργού για την έγκριση συνεργασίας της Α.Ε.Μ.Υ. Α.Ε. με ιατρούς με καθεστώς έκδοσης δελτίου απόδειξης παροχής υπηρεσιών για τις παρεχόμενες υπηρεσίες τους στο πλαίσιο του Ν.4486/2017» (Α.Δ.Α. ΨΣΔΩΟΡΡ3-9ΦΒ),
12. την υπ' αριθμ. Γ4β/Γ.Π. 71131/16-11-2017 απόφαση Υπουργού Υγείας «Έγκριση για την κίνηση διαδικασιών συνεργασίας για χρονικό διάστημα έως δώδεκα (12) μήνες με είκοσι έναν (20) ιατρούς διαφόρων ειδικοτήτων, με καθεστώς έκδοσης από αυτούς δελτίου απόδειξης παροχής υπηρεσιών, για τις παρεχόμενες υπηρεσίες τους, με την Α.Ε.Μ.Υ. Α.Ε. για τις ανάγκες λειτουργίας της Πολυκλινικής του Ολυμπιακού Χωριού και του Κέντρου Υγείας – Αποκατάστασης – Αποθεραπείας Κερατέας «Κ. Πρίφτης»,
13. την υπ' αριθμ. 39<sup>θέμα6</sup>/19-12-2017 απόφαση του Δ.Σ. της Εταιρείας με θέμα «Έγκριση αποτελεσμάτων σύναψης συνεργασίας με ιατρούς-εξωτερικούς συνεργάτες για την ΠΟΧ και ΚΥΑΑ Κερατέας κατόπιν πρακτικού γνωμοδοτικής επιτροπής» (Α.Δ.Α. Ψ4ΙΣΟΡΡ3-ΓΡΙ) και την από 20/12/2017 επιστολή μη αποδοχής της θέσης από έναν εκ των ιατρών ειδικότητας Γενικής Ιατρικής,
14. την υπ' αριθμ. πρωτ. 7436/29-12-2017 πρόσκληση υποβολής υποψηφιότητας συνεργασίας με ιατρούς-εξωτερικούς συνεργάτες κατόχους Α.Π.Υ. για την Α.Ε.Μ.Υ. Α.Ε. (Α.Δ.Α. ΨΚΧΓΟΡΡ3-ΕΦΚ),
15. την υπ' αριθμ. 4<sup>θέμα9</sup>/29-01-2018 απόφαση του Δ.Σ. της Εταιρείας με θέμα «Έγκριση αποτελεσμάτων σύναψης συνεργασίας με ιατρούς-εξωτερικούς

συνεργάτες για την ΠΟΧ και ΚΥΑΑ Κερατέας κατόπιν πρακτικού γνωμοδοτικής επιτροπής» (Α.Δ.Α. 6ΕΡΕΟΡΡ3-Υ26).

### **ΠΡΟΣΚΑΛΕΙ**

Στο πλαίσιο της υπ' αρ. Γ4β/Γ.Π. 71131/16-11-2017 απόφασης Υπουργού Υγείας, συνεργάτες των ειδικοτήτων, όπως αποτυπώνονται στον πίνακα ακολούθως, για τη σύναψη συνεργασίας με την Α.Ε.Μ.Υ. Α.Ε. για έως ένα (1) έτος με καθεστώς έκδοσης από αυτούς απόδειξης παροχής υπηρεσιών για τις παρεχόμενες υπηρεσίες τους, προκειμένου για την υποστήριξη της παροχής των υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και Αποκατάστασης στην Εταιρεία με την επωνυμία Α.Ε.Μ.Υ. Α.Ε. και συγκεκριμένα στις δομές, Πολυκλινική του Ολυμπιακού Χωριού και Κέντρο Υγείας – Αποκατάστασης – Αποθεραπείας Κερατέας-Κ. Πρίφτης.

A/A	ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	ΑΡ. ΑΤΟΜΩΝ	ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ
1	Ακτινοδιαγνωστικής	1	Η συνεργασία αφορά σε 4ωρη παροχή ιατρικών υπηρεσιών, 5 ημέρες την εβδομάδα, Μηνιαία Μικτή Αμοιβή: 1.000€
2	Νευρολογίας	1	Η συνεργασία αφορά σε 7ωρη παροχή ιατρικών υπηρεσιών, 1 ημέρα την εβδομάδα και 4ωρη παροχή ιατρικών υπηρεσιών 2 ημέρες την εβδομάδα. Μηνιαία Μικτή Αμοιβή: 750€
3	Ενδοκρινολογίας	1	Η συνεργασία αφορά σε 4ωρη παροχή ιατρικών υπηρεσιών, 3 ημέρες την εβδομάδα Μηνιαία Μικτή Αμοιβή: 600€

Η παροχή των υπηρεσιών των εξωτερικών συνεργατών θα γίνεται εντός του ωραρίου λειτουργίας των ανωτέρω μονάδων της Εταιρείας όπως αυτό εκάστοτε καθορίζεται.

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.

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. σε κλειστό φάκελο στο χρονικό διάστημα **από 06/02/2018 έως και 19/02/2018, ώρα 14.00** ως εξής:

- α) να αποστείλουν ταχυδρομικά με Ταχυμεταφορές ΕΛΤΑ ή
- β) να αποστείλουν μέσω ιδιωτικής εταιρείας ταχυμεταφορών ή
- γ) να υποβάλλουν αυτοπροσώπως, καθημερινά 08.00 – 14.00, στην Πολυκλινική του Ολυμπιακού Χωριού, Γ. Δαμάσκου 1, τ.κ. 13677, Αχαρναί, Υπόψη Τμήματος Ανάπτυξης Ανθρώπινου Δυναμικού

Στο φάκελο θα αναγράφεται η ένδειξη:

**ΠΡΟΣ:**

ΑΝΩΝΥΜΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ Α.Ε. (Α.Ε.Μ.Υ. Α.Ε.),  
ΟΔΟΣ: Γ. ΔΑΜΑΣΚΟΥ 1, Τ.Κ. 13677, ΟΛΥΜΠΙΑΚΟ ΧΩΡΙΟ - ΑΧΑΡΝΑΙ  
ΥΠΟΨΗ: ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ

**ΘΕΜΑ:** ΥΠΟΨΗΦΙΟΤΗΤΑ ΓΙΑ ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ 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 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 21/02/2018, ώρα 14.00. Αιτήσεις που θα ληφθούν/υποβληθούν εκπρόθεσμα δεν θα ληφθούν υπόψη.

Εντός του φακέλου με την ανωτέρω ένδειξη, θα εμπεριέχονται τα εξής:

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.

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 ιατροί, 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 Ανάπτυξης Ανθρώπινου Δυναμικού, καθημερινά 08.00-14.00 στο τηλέφωνο 210.2420.180.

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 την Α.Ε.Μ.Υ. Α.Ε.

Δρ. Γεωργία Αθανασίου  
Δ/νουσα Σύμβουλος

Συνημμένα:

Αίτηση – Υπεύθυνη Δήλωση

**ΑΙΤΗΣΗ ΥΠΟΨΗΦΙΟΤΗΤΑΣ – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ**

<p><b><u>ΠΡΟΣ</u></b> <b>ΑΝΩΝΥΜΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ Α.Ε. (Α.Ε.Μ.Υ. Α.Ε.)</b></p>	<p><b><u>ΘΕΜΑ:</u></b> «ΥΠΟΒΟΛΗ ΥΠΟΨΗΦΙΟΤΗΤΑΣ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑΣ ΜΕ ΙΑΤΡΟΥΣ - ΕΞΩΤΕΡΙΚΟΥΣ ΣΥΝΕΡΓΑΤΕΣ ΚΑΤΟΧΟΥΣ Α.Π.Υ. ΓΙΑ ΤΗΝ Α.Ε.Μ.Υ. Α.Ε.»</p>
<p><u>ΕΠΩΝΥΜΟ:</u> .....</p> <p><u>ΟΝΟΜΑ:</u> .....</p> <p><u>ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ:</u> .....</p> <p><u>ΜΗΤΡΩΝΥΜΟ:</u> .....</p> <p><u>Α.Δ.Τ.:</u> .....</p> <p><u>ΑΦΜ:</u> .....</p> <p><u>Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ:</u> .....</p> <p><u>ΠΕΡΙΟΧΗ, Τ.Κ.:</u> .....</p> <p><u>ΤΗΛΕΦΩΝΟ:</u> .....</p> <p><u>ΚΙΝΗΤΟ:</u> .....</p> <p><b><u>ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ:</u></b> .....</p>	<p>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' αρ. πρωτ. ....../..... πρόσκληση της Α.Ε.Μ.Υ. Α.Ε. ως ιατρός – εξωτερικός συνεργάτης, κάτοχος Α.Π.Υ. και ότι κατέχω την ειδικότητα .....</p> <p><u>Δηλώνω υπεύθυνα ότι κατέχω:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Πτυχίο Ιατρικής (εφόσον το πτυχίο έχει αποκτηθεί εκτός Ελλάδος, βεβαίωση ΔΟΑΤΑΠ για την επαγγελματική αναγνώριση και ισοτιμία)</li> <li>2. Άδεια άσκησης Ιατρικού επαγγέλματος</li> <li>3. Τίτλο Ιατρικής Ειδικότητας</li> <li>4. Βεβαίωση εκπλήρωσης υπηρεσίας υπαίθρου από το Υπουργείο Υγείας ή τυχόν νόμιμης απαλλαγής ή αναστολής</li> <li>5. Βεβαίωση Ιδιότητας Μέλους Ιατρικού Συλλόγου</li> <li>6. Πιστοποιητικό στρατολογικής κατάστασης τύπου Α'</li> </ol> <p>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.</p> <p><u>Σας υποβάλλω, συνημμένα:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Βιογραφικό Σημείωμα</li> <li>2. Φωτοαντίγραφο Α.Δ.Τ. ή διαβατηρίου</li> </ol> <p><b>Ο/Η ΑΙΤΩΝ/ΟΥΣΑ</b> .....</p>