



**ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ**  
**ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ**  
**6<sup>η</sup> ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ**  
**ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ - ΙΟΝΙΩΝ ΝΗΣΩΝ**  
**ΗΠΕΙΡΟΥ ΚΑΙ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ**

ΑΝΑΡΤΗΤΕΑ

Πάτρα, 14-9-2023

Αριθμ. Πρωτ.: 38028



**ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΤΡΩΝ**  
**«Ο Άγιος Ανδρέας»**

**Διεύθυνση** : Διοικητικού - Οικονομικού  
**Υποδιεύθυνση** : Διοικητικού  
**Τμήμα** : Διαχείρισης Ανθρώπινου Δυναμικού  
**Πληροφορίες** : Γκούβελος Χρήστος  
**Τηλέφωνο** : 2613 601876  
**EMAIL** : xrgouvel@agandreashosp.gr

ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΣΛΗΨΗ ΙΑΤΡΟΥ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΑΣ ΜΕ ΑΠΟΔΕΙΞΗ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΣΤΟ Γ. Ν. ΠΑΤΡΩΝ «Ο ΑΓΙΟΣ ΑΝΔΡΕΑΣ» ΠΡΟΣ ΚΑΛΥΨΗ ΑΝΑΓΚΩΝ ΤΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ ΕΜΦΥΤΕΥΣΗΣ ΒΗΜΑΤΟΔΟΤΩΝ

Έχοντας υπόψη :

- Τον Οργανισμό του Γενικού Νοσοκομείου Πατρών «Ο ΑΓΙΟΣ ΑΝΔΡΕΑΣ»
- Τον 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»
- Το άρθρο 41 του Ν.4058/2012 «Παροχή υπηρεσιών ασφαλείας από ένοπλους φρουρούς σε εμπορικά πλοία και άλλες διατάξεις» όπως αυτό έχει τροποποιηθεί από το άρθρο 5 του Ν.5046/2023
- Τον ν. 4238/2014 «Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.), αλλαγή σκοπού Ε.Ο.Π.Υ.Υ. και λοιπές διατάξεις.»
- Την υπ' αριθμ. 84050/18-6-2009 υπουργική απόφαση (ΦΕΚ 1295/τ. Β'/30-6-2009) «Καθορισμός όρων και προϋποθέσεων λειτουργίας Κέντρων Εμφύτευσης Βηματοδοτών και Κέντρων Εμφύτευσης Απινιδωτών σε Νοσοκομεία και Ιδιωτικές Κλινικές»
- Την υπ' αριθμ. 342/29-6-2023 εισήγηση του Διευθυντή Ιατρικής Υπηρεσίας του Γ.Ν. Πατρών «Ο Άγιος Ανδρέας»
- Την υπ' αριθμ. 14/2023 θέμα 1 απόφαση του Γ.Ν. Πατρών «Ο Άγιος Ανδρέας» με θέμα «Πρόσληψη ιατρού ειδικότητας Καρδιολογίας με εμπειρία στην εμφύτευση βηματοδοτών με δελτίο παροχής υπηρεσιών»
- Το υπ' αριθμ. 27802/30-6-2023 αίτημα του Γ.Ν. Πατρών «Ο Άγιος Ανδρέας» για έγκριση συνεργασίας για εξωτερικό συνεργάτη ιδιώτη ειδικότητας Καρδιολογίας με εμπειρία στην εμφύτευση βηματοδοτών
- Την υπ' αριθμ. Γ4β/37706/8-9-2023 απόφαση του Υπουργείου Υγείας με θέμα «Έγκριση συνεργασίας του ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΠΑΤΡΩΝ «Ο ΑΓΙΟΣ ΑΝΔΡΕΑΣ» με έναν (1) ιατρό ειδικότητας ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΑΣ με εμπειρία στην εμφύτευση βηματοδοτών, με καθεστώς έκδοσης δελτίου απόδειξης παροχής υπηρεσιών»
- Το γεγονός ότι η συνολική δαπάνη βαρύνει τις προβλεπόμενες πιστώσεις του προϋπολογισμού του Νοσοκομείου μας.

το Γενικό Νοσοκομείο Πατρών «Ο Άγιος Ανδρέας» για την κάλυψη των αναγκών για τη λειτουργία Κέντρου Εμφύτευσης Βηματοδοτών και Απινιδωτών, καλεί τους ενδιαφερόμενους ιδιώτες ιατρούς για συνεργασία με **1 ιατρό ειδικότητας Καρδιολογίας με αποδεδειγμένη εμπειρία στην εμφύτευση βηματοδοτών** με καθεστώς έκδοσης δελτίου απόδειξης παροχής υπηρεσιών συνολικής δαπάνης 9.780 ευρώ (συμπεριλαμβανομένης και της δαπάνης για την εφημεριακή απασχόληση) για χρονικό διάστημα 3 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.
6. Να έχουν τους απαιτούμενους τίτλους σπουδών και βεβαιώσεις προϋπηρεσίας

#### **Κύρια προσόντα:**

1. Αντίγραφο Πτυχίου Ιατρικής. Σε περίπτωση πτυχίου Πανεπιστημίου της αλλοδαπής απαιτείται το πτυχίο με τη σφραγίδα της Χάγης, η επίσημη μετάφρασή του και η απόφαση ισοτιμίας ΔΟΑΤΑΠ, όπου απαιτείται.
2. Αντίγραφο απόφασης άδειας ασκήσεως ιατρικού επαγγέλματος
3. Αντίγραφο απόφασης χορήγησης τίτλου ειδικότητας Καρδιολογίας
4. Βεβαίωση με την οποία αποδεικνύεται η αποδεδειγμένη εμπειρία στην εμφύτευση βηματοδοτών, σύμφωνα με την υπ' αριθμ. 84050/18-6-2009 υπουργική απόφαση (ΦΕΚ 1295/τ. Β'/30-6-2009) «Καθορισμός όρων και προϋποθέσεων λειτουργίας Κέντρων Εμφύτευσης Βηματοδοτών και Κέντρων Εμφύτευσης Απινιδωτών σε Νοσοκομεία και Ιδιωτικές Κλινικές»

#### **Ωράριο απασχόλησης**

Όπως αυτό καθορίζεται από την καθημερινή λειτουργία του Κέντρου Εμφύτευσης Βηματοδοτών και το πρόγραμμα εφημεριών του Νοσοκομείου μας.

#### **Αμοιβή**

Για τη συμμετοχή του ιατρού στην καθημερινή λειτουργία του Κέντρου Εμφύτευσης Βηματοδοτών και το πρόγραμμα εφημεριών του Νοσοκομείου θα καταβάλλεται αμοιβή ίση με αυτή του Επιμελητή Β'.

#### **Υποβολή αιτήσεων συμμετοχής**

Οι ενδιαφερόμενοι καλούνται να υποβάλλουν αίτηση με έναν από τους ακόλουθους τρόπους:

- Αυτοπροσώπως ή με άλλο εξουσιοδοτημένο από αυτούς πρόσωπο ή ταχυδρομικά με συστημένη επιστολή στο Νοσοκομείο στη Διεύθυνση : Γενικό Νοσοκομείο Πατρών, Καλαβρύτων 37, ΤΚ 26335, Πάτρα, με την ένδειξη: «ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ ΓΙΑ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΙΔΙΩΤΕΣ ΙΑΤΡΟΥΣ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑΣ ΓΕΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΣΤΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΤΡΩΝ.»
- Στο e-mail [xrgouvel@agandreashosp.gr](mailto:xrgouvel@agandreashosp.gr)

Αιτήσεις που θα υποβληθούν μετά την ημερομηνία που έχει οριστεί δεν θα ληφθούν υπόψη. Η τελική επιλογή θα γίνει από τη Διοίκηση του Γ.Ν. Πατρών «Ο Άγιος Ανδρέας».

#### **Με την αίτηση συνοποβάλλονται:**

- Αίτηση – δήλωση υποψηφιότητας (ως Παράρτημα Ι)
- Αντίγραφο δελτίου αστυνομικής ταυτότητας.
- Πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης.
- Υπεύθυνη δήλωση στην οποία θα αναφέρουν ότι δεν έχουν καταδικαστεί για αδικήματα ασυμβίβαστα με την δημοσιοϋπαλληλική ιδιότητα ή αντίγραφο ποινικού μητρώου
- Ακριβές αντίγραφο τίτλων σπουδών

- Άδεια άσκησης επαγγέλματος
- Άδεια τίτλου αντίστοιχης ειδικότητας
- Βεβαίωση εγγραφής στον οικείο Ιατρικό Σύλλογο, στην οποία να βεβαιώνεται ο συνολικός χρόνος άσκησης του ιατρικού επαγγέλματος, η ασκούμενη ειδικότητα και ο συνολικός χρόνος άσκησης της
- Βεβαίωση με την οποία αποδεικνύεται η αποδεδειγμένη εμπειρία στην εμφύτευση βηματοδοτών
- Πιστοποιητικά Υγείας από Παθολόγο και Ψυχίατρο.
- Φορολογική ενημερότητα
- Ασφαλιστική ενημερότητα
- Βεβαίωση από την οποία να προκύπτει εγγραφή στη ΔΟΥ ως επιτηδευματίας
- Σύντομο Βιογραφικό σημείωμα με αναφορά στην προϋπηρεσία και το επιστημονικό έργο (περιληπτική αναφορά). Θα συνεκτιμηθούν μεταπτυχιακοί τίτλοι σε συναφές αντικείμενο.

Η προθεσμία υποβολής των αιτήσεων είναι πέντε (5) ημερολογιακές ημέρες με διάρκεια από 15-9-2023 έως και 19-9-2023. Ως ημερομηνία κατάθεσης λογίζεται η ημερομηνία αποστολής e-mail ή του φακέλου, η οποία αποδεικνύεται από τη σφραγίδα ταχυδρομείου ή με αποδεικτικό της εταιρείας ταχυμεταφοράς.

Ο Διοικητής του Γ.Ν. Πατρών  
«Ο ΑΓΙΟΣ ΑΝΔΡΕΑΣ»

Ηλίας Θεοδωρόπουλος

**ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι**

ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ 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:

Ονοματεπώνυμο:

Υπογραφή: