



Γ. Δαμάσκου 1, 13677 Αχαρναί

τηλ: 210 24 20 000

ΑΕΜΥ Α.Ε. 03/09/2025

[www.aemy.gr](http://www.aemy.gr)

Α. Π.: ΠΟΧ 6997

[info@aemy.gr](mailto:info@aemy.gr)

ΥΠΟΒΟΛΗ ΥΠΟΨΗΦΙΟΤΗΤΑΣ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑΣ  
ΜΕ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟΥΣ ΣΥΝΕΡΓΑΤΕΣ ΜΕ ΚΑΘΕΣΤΩΣ ΑΠΥ  
ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΤΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ  
ΤΗΣ ΠΟΛΥΚΛΙΝΙΚΗΣ ΟΛΥΜΠΙΑΚΟΥ ΧΩΡΙΟΥ ΚΑΙ ΤΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ ΥΓΕΙΑΣ,  
ΑΠΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΚΕΡΑΤΕΑΣ – “Κ. ΠΡΙΦΤΗΣ”

Η Ανώνυμη Εταιρεία Μονάδων Υγείας Α.Ε. (Α.Ε.Μ.Υ. Α.Ε.) λαμβάνοντας υπόψη:

1. του Ν. 3293/2004 «Πολυκλινική Ολυμπιακού Χωριού, Συνήγορος Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και λοιπές διατάξεις» (ΦΕΚ 231/τ. Α'/26-11-2004),
2. τον Ν. 4972/2022 «Εταιρική διακυβέρνηση των Ανωνύμων Εταιρειών του Δημοσίου και των λοιπών .... διατάξεις οικονομικού και αναπτυξιακού χαρακτήρα» (ΦΕΚ 181/τ. Α'/23-09-2022),
3. τον Ν. 3527/2007 (ΦΕΚ 25/τ. Α'/09-02-2007, Μέρος ΙΙΙ) με τον οποίο κυρώθηκε η σύμβαση δωρεάς υπέρ της Α.Ε.Μ.Υ. Α.Ε. με αντικείμενο την ανέγερση του Κέντρου Υγείας, Αποθεραπείας Αποκατάστασης Κερατέας – «Κ. Πρίφτης»,
4. Το άρθρο 41 παρ. 1 του Ν. 4058/2012, «Παροχή υπηρεσιών ασφαλείας από ένοπλους φρουρούς σε εμπορικά πλοία και άλλες διατάξεις» (ΦΕΚ 63 Α/22-03-2012), ως ισχύει σήμερα
5. τις διατάξεις της παρ. 1 του άρθρου 182 του Ν. 4261/2014 «Πρόσβαση στη δραστηριότητα των πιστωτικών ιδρυμάτων και προληπτική εποπτεία πιστωτικών ιδρυμάτων και επιχειρήσεων επενδύσεων (ενσωμάτωση της Οδηγίας 2013/36/ΕΕ), κατάργηση του Ν. 3601/2007 και άλλες διατάξεις» (ΦΕΚ 107/τ. Α'/05-05-2014), όπως ισχύει,
6. την παρ. 2 του άρθρου 34 του Ν. 4325/2015 «Εκδημοκρατισμός της Διοίκησης – Καταπολέμηση Γραφειοκρατίας και Ηλεκτρονική Διακυβέρνηση. Αποκατάσταση αδικιών και άλλες διατάξεις» (ΦΕΚ 47/τ. Α'/11-05-2015),
7. το άρθρο 44, του Ν. 4486/2017 «Μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμια Φροντίδας Υγείας, επείγουσες ρυθμίσεις αρμοδιότητας Υπουργείου Υγείας και άλλες διατάξεις» (ΦΕΚ 115/τ. Α'/07-08-2017),



Γ. Δαμάσκου 1, 13677 Αχαρναί

τηλ: 210 24 20 000

[www.aemy.gr](http://www.aemy.gr)[info@aemy.gr](mailto:info@aemy.gr)

8. το Π.Δ. 80/2016 «Ανάληψη υποχρεώσεων από τους Διατάκτες» (ΦΕΚ 145/τ. Α' /05-08-2016),
9. Την υπ' αριθμ. 15/11.04.2025 απόφαση του Διοικητικού Συμβουλίου με θέμα: «Συγκρότηση του Διοικητικού Συμβουλίου σε Σώμα – Εκπροσώπηση της Εταιρείας – Εξουσιοδοτήσεις» όπως αναρτήθηκε με το υπ' αρ. πρωτ. 3607633/29.04.2025 Ανακοίνωση ΓΕΜΗ,
10. 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,
11. 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' αριθμ. 5<sup>θέμα1</sup>/15-03-2016 (Α.Δ.Α. 6ΚΚ4ΟΡΡ3-7ΣΙ) και με την υπ' αριθμ. 2<sup>θέμα6</sup>/12-01-2018 απόφαση Δ.Σ. «Έγκριση Τροποποίησης ΚΕΟΛ» όπως υποβλήθηκε προς δημοσίευση στο ΓΕΜΗ με το υπ' αριθμ. πρωτ. ΓΕΜΗ 1354/29-01-2018,
12. την Γ' Τροποποίηση Προϋπολογισμού 2025 με την υπ' αριθμ. 22<sup>ης</sup>/02-06-2025 συνεδρίασης του Διοικητικού Συμβουλίου της Ανώνυμης Εταιρείας Μονάδων Υγείας (Α.Ε.Μ.Υ Α.Ε) και αρ.πρωτ.4740/ θέμα 8<sup>ο</sup> με ΑΔΑ : 96ΘΗΟΡΡ3-Α2Ο.
13. την υπ' αριθμ. πρωτ. 28<sup>θέμα18</sup>/17-07-2025 Απόφαση ΔΣ με θέμα: «Έγκριση υποβολής αιτήματος συνεργασίας της ΑΕΜΥ ΑΕ με ιατρούς εξωτερικούς συνεργάτες με καθεστώς ΑΠΥ για τις ανάγκες της ΠΟΧ» (ΑΔΑ: ΡΕΡΕΟΡΡ3-ΑΓ7)
14. την υπ' αριθμ. πρωτ. Γ4β/33365/18-08-2025 Απόφαση της Αναπληρώτριας Υπουργού Υγείας «Έγκριση συνεργασίας της ΑΝΩΝΥΜΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ Α.Ε. – Α.Ε.Μ.Υ. Α.Ε με εννέα (9) εξωτερικούς συνεργάτες διαφόρων ειδικοτήτων για την ΠΟΛΥΚΛΙΝΙΚΗ του ΟΛΥΜΠΙΑΚΟΥ ΧΩΡΙΟΥ (Π.Ο.Χ.) και το ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ, ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΑΠΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΚΕΡΑΤΕΑΣ – "Κ. ΠΡΙΦΤΗΣ", με καθεστώς έκδοσης δελτίου απόδειξης παροχής υπηρεσιών»
15. Την υπ' αρ. 33<sup>θέμα04</sup>/27-08-2025 Απόφαση του ΔΣ με θέμα «Έγκριση πρόσκλησης και γνωμοδοτικής επιτροπής για τη σύναψη συνεργασίας με Ιατρούς-Εξωτερικούς Συνεργάτες, με καθεστώς έκδοσης δελτίου απόδειξης παροχής υπηρεσιών για την Πολυκλινική του Ολυμπιακού Χωριού και το ΚΥΑΑ Κερατέας-"Κ. Πρίφτης"» και το συνημμένο αυτής υπ' αριθμ. πρωτ. 6767/26-08-2025 σχέδιο πρόσκλησης υποβολής υποψηφιότητας συνεργασίας με ιατρούς-εξωτερικούς συνεργάτες κατόχους Α.Π.Υ. (ΑΔΑ: Ρ95ΙΟΡΡ3-Λ5Ρ)

**ΠΡΟΣΚΑΛΕΙ**

Στο πλαίσιο της Γ4β/33365/18-08-2025 Απόφασης της Αναπληρώτριας Υπουργού Υγείας, με εξωτερικούς συνεργάτες, κατόχους ΑΠΥ των κάτωθι ειδικοτήτων, ως ακολούθως:

**Α) ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΟΛΥΚΛΙΝΙΚΗ ΤΟΥ ΟΛΥΜΠΙΑΚΟΥ ΧΩΡΙΟΥ**

| Α/Α | ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ                      | ΑΡ.<br>ΑΤΟΜΩΝ | ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ                                                                                                         |
|-----|---------------------------------|---------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1   | ΠΟΧ<br>Γενικός Χειρουργός       | 1             | Η συνεργασία αφορά σε 7ωρη παροχή ιατρικών υπηρεσιών, 2 ημέρες την εβδομάδα<br>Συνολικό Ετήσιο Κόστος Έργου: 12.000€ |
| 2   | ΠΟΧ<br>Νευρολόγος               | 1             | Η συνεργασία αφορά σε 7ωρη παροχή ιατρικών υπηρεσιών, 2 ημέρες την εβδομάδα<br>Συνολικό Ετήσιο Κόστος Έργου: 12.000€ |
| 3   | ΠΟΧ<br>ΠΕ ή ΤΕ<br>Λογοθεραπείας | 1             | Η συνεργασία αφορά σε 7ωρη παροχή υπηρεσιών, 2 ημέρες την εβδομάδα<br>Συνολικό Ετήσιο Κόστος Έργου: 12.000 €         |

**Β) ΓΙΑ ΤΟ ΚΥΑΑ ΚΕΡΑΤΕΑΣ-“Κ. ΠΡΙΦΤΗΣ”**

| Α/Α | ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ                                | ΑΡ.<br>ΑΤΟΜΩΝ | ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ                                                                                                 |
|-----|-------------------------------------------|---------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1   | ΚΥΑΑ ΚΕΡΑΤΕΑΣ<br>ΠΕ ή ΤΕ<br>Λογοθεραπείας | 1             | Η συνεργασία αφορά σε 7ωρη παροχή υπηρεσιών, 5 ημέρες την εβδομάδα<br>Συνολικό Ετήσιο Κόστος Έργου: 30.000 € |
| 2   | ΚΥΑΑ ΚΕΡΑΤΕΑΣ                             | 1             | Η συνεργασία αφορά σε 7ωρη παροχή ιατρικών                                                                   |



|   |                                                |   |                                                                                                                                                  |
|---|------------------------------------------------|---|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|   | Γενικός<br>Ιατρός/Παθολόγος                    |   | υπηρεσιών, 5 ημέρες την εβδομάδα<br>Συνολικό Ετήσιο Κόστος Έργου: 44.000 €                                                                       |
| 3 | ΚΥΑΑ ΚΕΡΑΤΕΑΣ<br>ΤΕ<br>Φυσικοθεραπείας         | 3 | Η συνεργασία αφορά σε 8ωρη παροχή υπηρεσιών<br>φυσικοθεραπείας, 5 ημέρες την εβδομάδα<br>Συνολικό Ετήσιο Κόστος Έργου: 24.000 € ανά<br>συνεργάτη |
| 4 | ΚΥΑΑ ΚΕΡΑΤΕΑΣ<br>ΤΕ Διοικητικού-<br>Λογιστικού | 1 | Η συνεργασία αφορά σε 8ωρη παροχή υπηρεσιών,<br>5 ημέρες την εβδομάδα<br>Συνολικό Ετήσιο Κόστος Έργου: 24.000 €                                  |

Η παροχή των υπηρεσιών των εξωτερικών συνεργατών θα γίνεται εντός του ωραρίου λειτουργίας της ΠΟΧ και του ΚΥΑΑ-“Κ. Πρίφτης” όπως αυτό εκάστοτε καθορίζεται. Όταν, για οποιοδήποτε λόγο, δεν είναι εφικτή η παροχή των αναλαμβανόμενων υπηρεσιών κατά τις συμφωνηθείσες ώρες, θα λαμβάνει χώρα αναπλήρωση των ωρών.

Η επιλογή των εξωτερικών συνεργατών θα γίνει από το Διοικητικό Συμβούλιο της Εταιρείας κατόπιν πρακτικού που θα υποβάλλει η Επιτροπή Αξιολόγησης Υποψηφιοτήτων η οποία συγκροτείται με απόφαση του Διοικητικού Συμβουλίου της Εταιρείας. Οι υποψήφιοι για την αξιολόγηση της υποψηφιότητάς τους από την Επιτροπή πρέπει να υποβάλλουν εντός της προθεσμίας που ορίζεται στην πρόσκληση α) συμπληρωμένη και υπογεγραμμένη την αίτηση υποψηφιότητας η οποία επισυνάπτεται στην πρόσκληση, β) αναλυτικό βιογραφικό σημείωμα, γ) τα δικαιολογητικά όπως απαιτούνται ανά θέση όπως αναφέρονται ακολούθως. Μετά τη λήξη της προθεσμίας υποβολής υποψηφιότητας, οι υποψήφιοι που υποβάλλουν εμπρόθεσμα πλήρη φάκελο υποψηφιότητας (με τα ανωτέρω α-γ) θα κληθούν σε ατομική συνέντευξη από την Επιτροπή Αξιολόγησης.

Το αποτέλεσμα της αξιολόγησης θα αποτυπωθεί σε πρακτικό που θα συνταχθεί από την ανωτέρω Επιτροπή και θα διαβιβαστεί προς το ΔΣ της Εταιρείας προς έκδοση απόφασής του. Εν συνεχεία, οι επιλεχθέντες εξωτερικοί συνεργάτες θα κληθούν να προσκομίσουν όσα επιπλέον δικαιολογητικά απαιτούνται τα οποία θα τους γνωστοποιηθούν από τις αρμόδιες υπηρεσίες της Εταιρείας και να υπογράψουν σύμβαση συνεργασίας με τους ειδικούς όρους όπως αυτοί αφορούν τη θέση σύμφωνα με τα περιέχοντα στον ανωτέρω πίνακα για την παροχή των υπηρεσιών του και την



Γ. Δαμάσκου 1, 13677 Αχαρναί

τηλ: 210 24 20 000

[www.aemy.gr](http://www.aemy.gr)[info@aemy.gr](mailto:info@aemy.gr)

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 σε κλειστό φάκελο στο χρονικό διάστημα **από 04/09/2025 έως και 17/09/2025, ώρα 14.00** με τους εξής τρόπους:

- 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 ΜΕ ΚΑΘΕΣΤΩΣ ΑΠΥ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΟΧ/ΚΥΑΑ ΚΕΡΑΤΕΑΣ – “Κ. ΠΡΙΦΤΗΣ”

**ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ:** .....

**ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ:** .....

**ΦΟΡΕΑΣ:** (ΠΟΧ ή ΚΥΑΑ) .....

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 υποψηφίων 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 19/09/2025, ώρα 14.00. Αιτήσεις που θα ληφθούν/υποβληθούν εκπρόθεσμα δεν θα ληφθούν υπόψη.



Εντός του φακέλου με την ανωτέρω ένδειξη, θα εμπεριέχονται τα εξής, τα οποία οι υποψήφιοι πρέπει να κατέχουν επί ποινή αποκλεισμού:

#### **Α) ΓΙΑ ΤΙΣ ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΕΣ:**

1. **Αίτηση – υπεύθυνη δήλωση** όπως παρατίθεται συνημμένα της πρόσκλησης στην οποία θα αναγράφονται υποχρεωτικά τα ατομικά στοιχεία του ενδιαφερόμενου, η ειδικότητα που κατέχει και στοιχεία επικοινωνίας. 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 περαιτέρω των συνημμένων δικαιολογητικών
2. **Βιογραφικό σημείωμα** στο οποίο να αναγράφονται αναλυτικά: α) η εμπειρία/προϋπηρεσία β) το εκπαιδευτικό έργο
3. **Δικαιολογητικά:**
  1. **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)
  2. **Άδεια άσκησης επαγγέλματος**
  3. **Τίτλο Ιατρικής Ειδικότητας**
  4. **Βεβαίωση εκπλήρωσης υπηρεσίας υπαίθρου** από το Υπουργείο Υγείας ή τυχόν νόμιμης απαλλαγής ή αναστολής
  5. **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)
  6. **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)
  7. Φωτοαντίγραφο του **Δελτίου Αστυνομικής Ταυτότητας** (ή του διαβατηρίου)
  8. Υπεύθυνη δήλωση θεωρημένη μέσω του gov.gr στην οποία θα δηλώνεται ότι: α) «δεν έχω ή διατηρώ παράλληλα ατομική σύμβαση με τον ΕΟΠΥΥ για την παροχή υπηρεσιών υγείας ΠΦΥ», β) «έχω ενημερωθεί για την επεξεργασία των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα που με αφορούν από την ΑΕΜΥ Α.Ε. στο



πλαίσιο της διαδικασίας υποβολής και διαχείρισης της αίτησης υποψηφιότητάς τους για την ως άνω θέση μέσω της έγγραφης ενημέρωσης για την επεξεργασία δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα, η οποία μου χορηγήθηκε από την ΑΕΜΥ Α.Ε. και γ) «δεν έχω αρνηθεί στο παρελθόν την ανάληψη θέσης από συμμετοχή μου σε διαγωνιστική διαδικασία ανάληψης έργου εξωτερικών συνεργατών με ΑΠΥ και ούτε έχω παραιτηθεί πριν από την λήξη της σύμβασής μου σχετικής με την ανάληψη του έργου αυτού, αλλά και με οποιαδήποτε εργασιακή σχέση με την ΑΕΜΥ ΑΕ»

## **Β) ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ ΤΕ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟΥ**

1. **Αίτηση – υπεύθυνη δήλωση** όπως παρατίθεται συνημμένα της πρόσκλησης στην οποία θα αναγράφονται υποχρεωτικά τα ατομικά στοιχεία του ενδιαφερόμενου και στοιχεία επικοινωνίας. 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 περαιτέρω των συνημμένων δικαιολογητικών
2. **Βιογραφικό σημείωμα** στο οποίο να αναγράφονται αναλυτικά: α) η εμπειρία/προϋπηρεσία β) το εκπαιδευτικό έργο
3. **Δικαιολογητικά:**
  1. Φωτοαντίγραφο του **Δελτίου Αστυνομικής Ταυτότητας** (ή του διαβατηρίου).
  2. **Πτυχίο ειδικότητας** (εφόσον το πτυχίο έχει αποκτηθεί εκτός Ελλάδος απαιτείται και να δηλώσει ότι κατέχει βεβαίωση ΔΟΑΤΑΠ για την επαγγελματική αναγνώριση και ισοτιμία)
  3. **Πιστοποιητικό γνώσης αγγλικής γλώσσας** σε τουλάχιστον καλό επίπεδο
  4. **Πιστοποιητικό γνώσης χειρισμού Η/Υ**
  5. **Αποδεικτικά εμπειρίας** α) βεβαίωση εργοδότη και β) βεβαίωση ασφαλιστικού φορέα από τις οποίες να προκύπτει το ακριβές (ταυτόσημο) διάστημα απασχόλησης.
  6. **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)
  7. Θα συνεκτιμηθούν **μεταπτυχιακοί ή/και διδακτορικοί τίτλοι σπουδών** συναφείς με το αντικείμενο της θέσης.



Γ. Δαμάσκου 1, 13677 Αχαρναί

τηλ: 210 24 20 000

[www.aemy.gr](http://www.aemy.gr)[info@aemy.gr](mailto:info@aemy.gr)

8. Υπεύθυνη δήλωση θεωρημένη μέσω του gov.gr στην οποία θα δηλώνεται ότι: α) «έχω ενημερωθεί για την επεξεργασία των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα που με αφορούν από την ΑΕΜΥ Α.Ε. στο πλαίσιο της διαδικασίας υποβολής και διαχείρισης της αίτησης υποψηφιότητάς τους για την ως άνω θέση μέσω της έγγραφης ενημέρωσης για την επεξεργασία δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα, η οποία μου χορηγήθηκε από την ΑΕΜΥ Α.Ε.» και β) «δεν έχω αρνηθεί στο παρελθόν την ανάληψη θέσης από συμμετοχή μου σε διαγωνιστική διαδικασία ανάληψης έργου εξωτερικών συνεργατών με ΑΠΥ και ούτε έχω παραιτηθεί πριν από την λήξη της σύμβασής μου σχετικής με την ανάληψη του έργου αυτού, αλλά και με οποιαδήποτε εργασιακή σχέση με την ΑΕΜΥ ΑΕ»

### **Γ) ΓΙΑ ΤΙΣ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΕΣ ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΥΤΗ – ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΥΤΗ:**

1. **Αίτηση – υπεύθυνη δήλωση** όπως παρατίθεται συνημμένα της πρόσκλησης στην οποία θα αναγράφονται υποχρεωτικά τα ατομικά στοιχεία του ενδιαφερόμενου και στοιχεία επικοινωνίας. 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 περαιτέρω των συνημμένων δικαιολογητικών
2. **Βιογραφικό σημείωμα** στο οποίο να αναγράφονται αναλυτικά: α) η εμπειρία/προϋπηρεσία β) το εκπαιδευτικό έργο
3. **Δικαιολογητικά:**
  1. Φωτοαντίγραφο του **Δελτίου Αστυνομικής Ταυτότητας** (ή του διαβατηρίου).
  2. **Πτυχίο ειδικότητας** (εφόσον το πτυχίο έχει αποκτηθεί εκτός Ελλάδος απαιτείται και να δηλώσει ότι κατέχει βεβαίωση ΔΟΑΤΑΠ για την επαγγελματική αναγνώριση και ισοτιμία)
  3. **Άδεια άσκησης επαγγέλματος**
  4. **Πιστοποιητικό γνώσης αγγλικής γλώσσας** σε τουλάχιστον καλό επίπεδο
  5. **Πιστοποιητικό γνώσης χειρισμού Η/Υ**
  6. **Αποδεικτικά εμπειρίας** α) βεβαίωση εργοδότη και β) βεβαίωση ασφαλιστικού φορέα από τις οποίες να προκύπτει το ακριβές (ταυτόσημο) διάστημα απασχόλησης.
  7. **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)

8. Θα συνεκτιμηθούν **μεταπτυχιακοί ή/και διδακτορικοί τίτλοι σπουδών** συναφείς με το αντικείμενο της θέσης.
9. Υπεύθυνη δήλωση θεωρημένη μέσω του gov.gr στην οποία θα δηλώνεται ότι: α) «έχω ενημερωθεί για την επεξεργασία των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα που με αφορούν από την AEMY Α.Ε. στο πλαίσιο της διαδικασίας υποβολής και διαχείρισης της αίτησης υποψηφιότητάς τους για την ως άνω θέση μέσω της έγγραφης ενημέρωσης για την επεξεργασία δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα, η οποία μου χορηγήθηκε από την AEMY Α.Ε.» και β) «δεν έχω αρνηθεί στο παρελθόν την ανάληψη θέσης από συμμετοχή μου σε διαγωνιστική διαδικασία ανάληψης έργου εξωτερικών συνεργατών με ΑΠΥ και ούτε έχω παραιτηθεί πριν από την λήξη της σύμβασής μου σχετικής με την ανάληψη του έργου αυτού, αλλά και με οποιαδήποτε εργασιακή σχέση με την AEMY ΑΕ»

Για την απόδειξη των ανωτέρω προσόντων θα τηρηθούν τα προβλεπόμενα από τα παραρτήματα προκηρύξεων ΑΣΕΠ.

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.

Οι επιλεγθέντες συνεργάτες των ιατρικών ειδικοτήτων πρέπει, πριν την έναρξη της συνεργασίας και την διάρκεια ισχύος της σύμβασής τους, να μην διατηρούν παράλληλα ατομική σύμβαση με τον ΕΟΠΥΥ για την παροχή υπηρεσιών υγείας ΠΦΥ, υποβάλλοντας προς τούτο την ανωτέρω σχετική υπεύθυνη δήλωση. Για την παροχή των εν λόγω υπηρεσιών, οι επιλεγθέντες σύμφωνα με τις ισχύουσες διατάξεις πρέπει να εκδώσουν από 1.6.2025 ηλεκτρονικό τιμολόγιο B2G.



Γ. Δαμάσκου 1, 13677 Αχαρναί

τηλ: 210 24 20 000

[www.aemy.gr](http://www.aemy.gr)

[info@aemy.gr](mailto:info@aemy.gr)

Οι επιλεχθέντες εξωτερικοί συνεργάτες, πριν την υπογραφή της σύμβασης και την έναρξη συνεργασίας θα κληθούν να υποβάλλουν, νομίμως και εμπροθέσμως τα δικαιολογητικά που αναγράφονται 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 210.2420180.

Οι υποψήφιοι θα ειδοποιηθούν ατομικά για την διενέργεια των συνεντεύξεων.

Για την Α.Ε.Μ.Υ. Α.Ε.

Θεοδωροπούλου Μαρία  
Διευθύνουσα Σύμβουλος

Συνημμένα:

Αίτηση – Υπεύθυνη Δήλωση

**ΑΙΤΗΣΗ ΥΠΟΨΗΦΙΟΤΗΤΑΣ – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>ΠΡΟΣ</b><br><b>ΑΝΩΝΥΜΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ</b><br><b>Α.Ε. (Α.Ε.Μ.Υ. Α.Ε.)</b><br><b>ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ: .....</b><br><b>ΦΟΡΕΑΣ: .....</b>                                                                                                                                                                                                       | <b>ΘΕΜΑ:</b><br>«ΥΠΟΒΟΛΗ ΥΠΟΨΗΦΙΟΤΗΤΩΝ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑΣ ΜΕ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟΥΣ ΣΥΝΕΡΓΑΤΕΣ ΜΕ ΚΑΘΕΣΤΩΣ ΑΠΥ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΤΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΤΗΣ ΠΟΧ ΚΑΙ ΤΟΥ ΚΥΑΑ ΚΕΡΑΤΕΑΣ-“Κ. ΠΡΙΦΤΗΣ”                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>ΕΠΩΝΥΜΟ:</b><br>.....<br><b>ΟΝΟΜΑ:</b><br>.....<br><b>ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ:</b><br>.....<br><b>ΜΗΤΡΩΝΥΜΟ:</b><br>.....<br><b>Α.Δ.Τ.:</b><br>.....<br><b>ΑΦΜ:</b><br>.....<br><b>ΔΟΥ:</b><br>.....<br><b>Δ/ΝΣΗ ΕΔΡΑΣ:</b><br>.....<br><b>ΠΕΡΙΟΧΗ, Τ.Κ.:</b><br>.....<br><b>ΤΗΛΕΦΩΝΟ:</b><br>.....<br><b>ΚΙΝΗΤΟ:</b><br>.....<br><b>e-mail:</b><br>..... | 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...../03-09-2025 πρόσκληση της Α.Ε.Μ.Υ. Α.Ε. ως εξωτερικός συνεργάτης, κάτοχος Α.Π.Υ. και ότι κατέχω την ειδικότητα .....<br><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:<br>1. Πτυχίο .....<br>2. Βιογραφικό Σημείωμα<br>3. Φωτοαντίγραφο Α.Δ.Τ. ή διαβατηρίου<br>4. ....<br>5. ....<br>6. ....<br>7. ....<br>8. ....<br>9. ....<br>10. ....<br><br><b>Ο/Η ΑΙΤΩΝ/ΟΥΣΑ</b><br>..... |

**ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ**

Σκοπός της παρούσας ενημέρωσης είναι να ενημερωθούν οι υποψήφιοι για τις θέσεις των ιατρών – εξωτερικών συνεργατών για την επεξεργασία των προσωπικών τους δεδομένων η οποία διενεργείται στο πλαίσιο της διαδικασίας πλήρωσης των θέσεων ιατρών – εξωτερικών συνεργατών από την ανώνυμη εταιρεία με την επωνυμία «**Ανώνυμη Εταιρεία Μονάδων Υγείας Α.Ε.**» και τον διακριτικό τίτλο «**Α.Ε.Μ.Υ. Α.Ε.**», που εδρεύει στο Ολυμπιακό Χωριό, οδός Γεωργίου Δαμάσκου 1, με Α.Φ.Μ. 999077102 (εφεξής: «AEMY A.E.») σύμφωνα με το νομοθετικό πλαίσιο προστασίας των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα και ειδικότερα τον Κανονισμό (ΕΕ) 2016/679 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου («Γενικός Κανονισμός για την Προστασία Δεδομένων», εφεξής «ΓΚΠΔ»), και τον Νόμο 4624/2019.

**Προσωπικά δεδομένα που επεξεργάζεται η AEMY A.E.****1. Δεδομένα που συλλέγει η AEMY A.E. κατά την υποβολή της υποψηφιότητας:**

| Προσωπικά δεδομένα                                                                                                                                                                                                                                                  | Σκοπός                                                                       | Νόμιμη βάση                                                                                                                     | Χρόνος Τήρησης                                                                             | Αποδέκτες                                                                        |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|
| Ονοματεπώνυμο<br>Πατρώνυμο<br>Μητρώνυμο<br>Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας ή Διαβατηρίου και στοιχεία που περιέχονται στο φωτοαντίγραφο του υποβληθέντος εγγράφου<br>ΑΔΤ<br>ΑΦΜ<br>Διεύθυνση έδρας (Περιοχή, Οδός, Αριθμός, Τ.Κ.)<br>ΔΟΥ<br>Αριθμός σταθερού και κινητού | Η αξιολόγησή των υποψηφίων για τις θέσεις των ιατρών – εξωτερικών συνεργατών | Η λήψη μέτρων κατ' αίτηση του υποκειμένου των δεδομένων πριν από τη σύναψη σύμβασης, σύμφωνα με το άρθρο 6 παρ. 1 περ. β' ΓΚΠΔ. | Τα δεδομένα τηρούνται για χρονικό διάστημα δώδεκα μηνών από την υποβολή της υποψηφιότητας. | Εκτελούντες την επεξεργασία<br><br>Σε περίπτωση επιλογής, σε τυχόν συνυποψηφίους |



|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |  |  |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|
| τηλεφώνου<br>Email<br>Ειδικότητα<br>Αριθμ. ΤΣΑΥ<br>Στοιχεία που περιέχονται στο βιογραφικό σημείωμα του υποψηφίου (Δεδομένα σχετικά με την εκπαίδευση, την κλινική εμπειρία και ιατρική προϋπηρεσία του υποψηφίου, το επιστημονικό και εκπαιδευτικό έργο, τις ικανότητες, τα ενδιαφέροντα του υποψηφίου κ.λπ.)<br>Υπογραφή |  |  |  |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|

## 2. Δεδομένα που συλλέγει η ΑΕΜΥ Α.Ε. στην περίπτωση επιλογής του υποψηφίου:

| Προσωπικά Δεδομένα                                                                                                                      | Σκοπός                                                                  | Νομική Βάση                                                                                                       | Χρόνος Διατήρησης                                                                          | Αποδέκτες                                                                        |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Για όλους τους υποψήφιους:</b><br>Ονοματεπώνυμο<br>Πατρώνυμο<br>Μητρώνυμο<br>Στοιχεία που περιέχονται στο πτυχίο ιατρικής, την άδεια | Ο έλεγχος της συνδρομής των προϋποθέσεων για την πρόσληψη του υποψηφίου | Η λήψη μέτρων κατ' αίτηση του υποκειμένου των δεδομένων πριν από τη σύναψη σύμβασης, σύμφωνα με το άρθρο 6 παρ. 1 | Τα δεδομένα τηρούνται για χρονικό διάστημα δώδεκα μηνών από την υποβολή της υποψηφιότητας. | Εκτελούντες την επεξεργασία<br><br>Σε περίπτωση επιλογής, σε τυχόν συνυποψηφίους |



|                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                           |                                                                                                                                                                        |                                                                                                                 |                                                                                              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| ασκήσεως<br>επαγγέλματος,<br>τον τίτλο<br>ειδικότητας, τη<br>βεβαίωση<br>εκπλήρωσης<br>υπηρεσίας<br>υπαιθρου και τη<br>βεβαίωση<br>ιδιότητας<br>μέλους Ιατρικού<br>Συλλόγου του<br>υποψηφίου                                                                            |                                                                                           | περ. β'<br>ΓΚΠΔ.                                                                                                                                                       |                                                                                                                 |                                                                                              |
| <b>Για τους<br/>υπόχρεους σε<br/>εκπλήρωση<br/>στρατιωτικής<br/>θητείας:</b><br><br>Στοιχεία που<br>περιέχονται στο<br>πιστοποιητικό<br>στρατολογικής<br>κατάστασης<br>τύπου Α' ή τη<br>βεβαίωση<br>οριστικής<br>απόλυσης από<br>τις τάξεις του<br>Ελληνικού<br>Στρατού | Ο έλεγχος της<br>συνδρομής<br>των<br>προϋποθέσεων<br>για την<br>πρόσληψη του<br>υποψηφίου | Η λήψη<br>μέτρων κατ'<br>αίτηση του<br>υποκειμένου<br>των<br>δεδομένων<br>πριν από τη<br>σύναψη<br>σύμβασης,<br>σύμφωνα<br>με το άρθρο<br>6 παρ. 1<br>περ. β'<br>ΓΚΠΔ. | Τα δεδομένα<br>τηρούνται για<br>χρονικό<br>διάστημα<br>δώδεκα μηνών<br>από την<br>υποβολή της<br>υποψηφιότητας. | Εκτελούντες την<br>επεξεργασία<br><br>Σε περίπτωση<br>επιλογής, σε<br>τυχόν<br>συνυποψηφίους |

Δεν λαμβάνει χώρα στο πλαίσιο της εν λόγω επεξεργασίας αυτοματοποιημένη λήψη αποφάσεων, συμπεριλαμβανομένης της κατάρτισης προφίλ.

Σύμφωνα με τον ΓΚΠΔ, τα ως άνω υποκείμενα δύνανται να ασκούν τα δικαιώματα:

|             |           |
|-------------|-----------|
| Πρόσβασης   | Διόρθωσης |
| Περιορισμού | Διαγραφής |

Για την άσκηση των ανωτέρω δικαιωμάτων, τα υποκείμενα μπορούν να απευθύνονται στον Υπεύθυνο Προστασίας Δεδομένων της ΕΛΤΑ Α.Ε. στο e-mail: [dpo@aemy.gr](mailto:dpo@aemy.gr).

Εάν τα υποκείμενα θεωρούν ότι παραβιάζεται κάποιο δικαίωμά τους αναφορικά με την προστασία Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα, δύνανται να απευθυνθούν στην Αρχή Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα (<https://www.dpa.gr/>).