

Α.Δ.Α.: ΩΖΦΖΟΡΡ3-Η3Χ

Αρ. πρωτ.: 5948/17-09-2019

## **ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ**

**ΘΕΜΑ:** «ΥΠΟΒΟΛΗ ΥΠΟΨΗΦΙΟΤΗΤΑΣ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑΣ ΜΕ ΙΑΤΡΟΥΣ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑΣ ΑΚΤΙΝΟΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗΣ - 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. τους εγκεκριμένους Κανονισμούς Εσωτερικής Οργάνωσης και Λειτουργίας της Α.Ε.Μ.Υ. Α.Ε και το παράρτημα αυτού Γενικό Κανονισμό (υπ' αριθ. ΦΕΚ 3638/29-05-2007, τ. Α.Ε. & Ε.Π.Ε.), όπως 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' αριθμ. 4<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. με θέμα «Έγκριση Τροποποίησης ΚΕΟΛ», όπως υποβλήθηκε προς δημοσίευση στο ΓΕΜΗ με το υπ' αριθμ. πρωτ. ΓΕΜΗ 1354/29-01-2018 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),
5. την τροποποίηση της παραγράφου 1 του άρθρου 41 του Ν. 4058/2012 που αντικαταστάθηκε δυνάμει του άρθρου 182 του Ν. 4261/2014 (ΦΕΚ 107/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 α' τροποποίηση προϋπολογισμού 2019, ο οποίος εγκρίθηκε δυνάμει της υπ' αριθμ. 13<sup>θέμα1</sup>/05-04-2019 απόφασης του Δ.Σ. της Εταιρείας (Α.Δ.Α.: 62ΧΒΟΡΡ3-ΣΥΑ),

9. την υπ' αριθμ. 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»,
10. την υπ' αριθμ. 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»,
11. 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),
12. την υπ' αριθμ. πρωτ. 4796/16-07-2018 πρόσκληση υποβολής υποψηφιότητας συνεργασίας με ιατρούς ειδικότητας Ακτινοδιαγνωστικής - εξωτερικούς συνεργάτες κατόχους Α.Π.Υ. για την Α.Ε.Μ.Υ. Α.Ε. (Α.Δ.Α. 6ΩΡ7ΟΡΡ3-ΠΓ7),
13. την υπ' αριθμ. 14<sup>θέμα1</sup>/08-04-2019 απόφασης του Δ.Σ. με θέμα «Εισηγήση έγκρισης αιτήματος προς το Υπουργείο Υγείας για έκδοση Απόφασης Υπουργού για συνεργασία της Πολυκλινικής του Ολυμπιακού Χωριού με Ιατρούς – εξωτερικούς συνεργάτες με καθεστώς δελτίου απόδειξης παροχής υπηρεσιών» (Α.Δ.Α.: ΨΔΩ4ΟΠΠ3-8ΕΝ),
14. την υπ' αριθμ. Γ4β/Γ.Π. 29011/08-05-2019 απόφαση Υπουργού Υγείας «Έγκριση συνεργασίας της Α.Ε.Μ.Υ. Α.Ε. με ιατρούς, με καθεστώς έκδοσης απόδειξης παροχής υπηρεσιών»,
15. την υπ' αριθμ. 18<sup>θέμα1</sup>/10-05-2019 απόφαση Δ.Σ. της Α.Ε.Μ.Υ. Α.Ε. με θέμα «Έγκριση πρόσκλησης και γνωμοδοτικής επιτροπής για τη σύναψη συνεργασίας με ιατρούς ειδικότητας Ακτινοδιαγνωστικής - εξωτερικούς συνεργάτες για την Α.Ε.Μ.Υ. Α.Ε.» (Α.Δ.Α.: Ω8ΚΙΟΡΡ3-Β24),
16. την υπ' αριθμ. πρωτ. 3218/10-05-2019 πρόσκληση υποβολής υποψηφιότητας συνεργασίας με ιατρούς ειδικότητας Ακτινοδιαγνωστικής – εξωτερικούς συνεργάτες κατόχους Α.Π.Υ. (Α.Δ.Α.: 6ΜΨΕΟΡΡ3-Α92),

17. την υπ' αριθμ. πρωτ. 4120/12-06-2019 πρόσκληση υποβολής υποψηφιότητας συνεργασίας με ιατρούς ειδικότητας Ακτινοδιαγνωστικής – εξωτερικούς συνεργάτες κατόχους Α.Π.Υ. (Α.Δ.Α.: Ω0ΓΤΟΡΡ3-8Λ9),
18. την υπ' αριθμ. 27<sup>θέμα12δ</sup>/22-07-2019 απόφαση του Δ.Σ. της Εταιρείας με θέμα «Λοιπά θέματα / Ενημερώσεις: Πρόσκληση για συνεργασία με ιατρό ειδικότητας ακτινοδιαγνωστικής ως εξωτερικό συνεργάτη για την ΑΕΜΥ»,
19. την υπ' αριθμ. πρωτ. 5106/24-07-2019 πρόσκληση υποβολής υποψηφιότητας συνεργασίας με ιατρούς ειδικότητας Ακτινοδιαγνωστικής – εξωτερικούς συνεργάτες κατόχους Α.Π.Υ. (Α.Δ.Α.: 68Μ7ΟΡΡ3-2Χ3),
20. την υπ' αριθμ. 33θέμα9γ/10-09-2019 απόφαση του Δ.Σ. της Εταιρείας με θέμα «Έγκριση κατόπιν πρόσκλησης σύναψης συνεργασίας με ΑΠΥ με ιατρό ειδικότητας Ακτινοδιαγνωστικής για την υποστήριξη της Πολυκλινικής του Ολυμπιακού Χωριού» (Α.Δ.Α.: 6ΨΥ6ΟΡΡ3-Σ0Π).

### ΠΡΟΣΚΑΛΕΙ

Στο πλαίσιο της υπ' αριθμ. Γ4β/Γ.Π. 29011/08-05-2019 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 στην Εταιρεία με την επωνυμία Α.Ε.Μ.Υ. Α.Ε.

A/A	ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	ΑΡ. ΑΤΟΜΩΝ	ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ
1	Ακτινοδιαγνωστικής	1	Η συνεργασία αφορά σε 8ωρη παροχή ιατρικών υπηρεσιών, 5 ημέρες την εβδομάδα Μηνιαία Μικτή Αμοιβή: 3.935,15€

**Ο ιατρός θα πρέπει να μπορεί να διαγνώσει όλες τις ιατρικές γνωματεύσεις που αφορούν το αντικείμενο της ακτινοδιαγνωστικής.**

Η παροχή των υπηρεσιών των εξωτερικών συνεργατών θα γίνεται εντός του ωραρίου λειτουργίας των 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 συνέχεια, 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.

Η κάλυψη των συνολικών θέσεων ανά ειδικότητα θα διενεργηθεί βάσει της εκτίμησης των λειτουργικών αναγκών της Πολυκλινικής του Ολυμπιακού Χωριού.

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 17/09/2019 έως και 30/09/2019, 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  
ΑΚΤΙΝΟΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗΣ

**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 02/10/2019. 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.

Σταύρος Αθανασιάδης  
Διευθύνων Σύμβουλος

Συνημμένα:

Αίτηση – Υπεύθυνη Δήλωση

Α.Δ.Α.: ΩΖΦΖΟΡΡ3-Η3Χ

Αρ. πρωτ.: 5948/17-09-2019

**ΑΙΤΗΣΗ ΥΠΟΨΗΦΙΟΤΗΤΑΣ – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ**

<p><b><u>ΠΡΟΣ</u></b> <b>ΑΝΩΝΥΜΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ</b> <b>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' αριθμ. πρωτ. 5948/17-09-2019 πρόσκληση της Α.Ε.Μ.Υ. Α.Ε. ως ιατρός – εξωτερικός συνεργάτης, κάτοχος Α.Π.Υ. και ότι κατέχω την ειδικότητα <b>ΑΚΤΙΝΟΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗΣ</b></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 style="text-align: center;"><b>Ο/Η ΑΙΤΩΝ/ΟΥΣΑ</b></p> <p>.....</p>