



Γ. Δαμάσκου 1, 13677 Αχαρνάι
 τηλ: 210 24 20 000, fax: 210 24 20 215
www.aemy.gr
info@aemy.gr

ΑΝΑΡΤΗΤΕΟ ΣΤΗ ΔΙΑΥΓΕΙΑ
 Αρ. πρωτ.: 292 / 12-01-2021

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. του Ν. 3293/2004 «Πολυκλινική Ολυμπιακού Χωριού, Συνήγορος Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και λοιπές διατάξεις»,
2. του Ν. 3429/2005 «Δημόσιες Επιχειρήσεις και Οργανισμοί (ΔΕΚΟ)» (ΦΕΚ 314/27-12-2005), όπως ισχύει,
3. τον Ν. 4368/2016 «Μέτρα για την επιτάχυνση του κυβερνητικού έργου και άλλες διατάξεις»,
4. τον Ν. 4412/2016 «Δημόσιες Συμβάσεις Έργων Προμηθειών και Υπηρεσιών (προσαρμογή στις οδηγίες 2014/24 ΕΕ και 2014/25/ΕΕ),
5. το Π.Δ. 80/2016 «Ανάληψη υποχρεώσεων από τους Διατάκτες» (ΔΕΚ 145/Α' /5-8-2016),
6. τον Ν. 3418/2005 – Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας , όπως ισχύει σήμερα,
7. τον ισχύοντα Κανονισμό Εσωτερικής Οργάνωσης και Λειτουργίας της Α.Ε.Μ.Υ. Α.Ε. (Α.Δ.Α.: 6ΚΚ4ΟΡΡ3-7ΣΙ), περίληψη του οποίου έχει κατατεθεί προς δημοσίευση στο Γ.Ε.Μ.Η. με αριθμ. πρωτ. 20641/28-03-2016,
8. τον προϋπολογισμό έτους 2021, ο οποίος εγκρίθηκε δυνάμει της υπ' αριθμ. 42^{θέμα1}/16-10-2020 απόφασης του Δ.Σ. της Α.Ε.Μ.Υ. Α.Ε.,
9. τις υπ' αριθμ. Γ4β/Γ.Π.οικ.68683 (ΦΕΚ 803/τ. ΥΟΔΔ/01-10-2019) και αριθμ. Γ4β/Γ.Π.οικ.21271 (ΦΕΚ 239/τ. ΥΟΔΔ/03-04-2020) αποφάσεις των Υπουργών Υγείας και Οικονομικών καθώς και την υπ. αριθ. 15 της 06/04/2020 απόφαση του Διοικητικού Συμβουλίου της Α.Ε.Μ.Υ Α.Ε με θέμα «Ανασυγκρότηση Διοικητικού Συμβουλίου σε Σώμα – Εκπροσώπηση της Εταιρείας – Εξουσιοδοτήσεις»,
10. τις διατάξεις της παρ. 1 του άρθρου 182 του Ν. 4261/2014 (ΦΕΚ 1107/Α/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»,
11. το άρθρο 44, του Ν. 4486/2017 (ΦΕΚ 115/Α/07-08-2017) «Μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμια Φροντίδας Υγείας, επείγουσες ρυθμίσεις αρμοδιότητας Υπουργείου Υγείας και άλλες διατάξεις»,



12. το άρθρο 34, παρ. 2, του Ν. 4325/2015 (ΦΕΚ 47/Α/11-05-2015) «Εκδημοκρατισμός της Διοίκησης – Καταπολέμηση Γραφειοκρατίας και Ηλεκτρονική Διακυβέρνηση. Αποκατάσταση αδικιών και άλλες διατάξεις»,
13. την υπ' αριθμ. 33^{θέμα8}/26-08-2020 απόφασης του Δ.Σ. με θέμα «Έγκριση υποβολής αιτήματος για έκδοση απόφασης του Υπουργού Υγείας για σύναψη συνεργασίας με προσωπικό με καθεστώς έκδοσης ΑΠΥ για την υποστήριξη της λειτουργίας της Πολυκλινικής του Ολυμπιακού Χωριού και του Κέντρου Υγείας Αποκατάστασης Αποθεραπείας Κερατέας – "Κ. Πρίφτης"» (Α.Δ.Α.: Ω2ΖΚΟΡΡ3-ΗΟ8),
14. την υπ' αριθμ. πρωτ. Γ4β/71957/11-12-2020 Υ.Α. με θέμα «Έγκριση συνεργασίας Α.Ε.Μ.Υ. Α.Ε. με δεκατρείς (13) ιατρούς διαφόρων ειδικοτήτων, με καθεστώς έκδοσης από αυτούς δελτίου απόδειξης παροχής υπηρεσιών»,
15. το υπ' αριθμ. 49^{θέμα09}/22-12-2020 απόφαση του Δ.Σ. της Εταιρείας με θέμα «Έγκριση πρόσκλησης για τη σύναψη συνεργασίας με ιατρούς - εξωτερικούς συνεργάτες για την υποστήριξη της λειτουργίας της Πολυκλινικής του Ολυμπιακού Χωριού και του Κέντρου Υγείας Αποκατάστασης Αποθεραπείας Κερατέας – "Κ. Πρίφτης"» (Α.Δ.Α.: Ψ7ΟΦΟΡΡ3-9ΞΕ).

ΠΡΟΣΚΑΛΕΙ

Στο πλαίσιο της υπ' αριθμ. Γ4β/71957/11-12-2020 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 Πολυκλινική του Ολυμπιακού Χωριού και στο Κέντρο Υγείας Αποκατάστασης Αποθεραπείας Κερατέας – «Κ. Πρίφτης» της Α.Ε.Μ.Υ. Α.Ε.

1. Για την Πολυκλινική Ολυμπιακού Χωριού

Α/Α	ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	ΑΡ. ΑΤΟΜΩΝ	ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ
1	Γενικός γιατρός	2	Η συνεργασία αφορά σε 7ωρη παροχή ιατρικών υπηρεσιών, 5 ημέρες την εβδομάδα Συνολικό Ετήσιο Κόστος Έργου ανά συνεργάτη: 30.000€
2	Παθολόγος	1	Η συνεργασία αφορά σε 7ωρη παροχή ιατρικών υπηρεσιών, 5 ημέρες την εβδομάδα Συνολικό Ετήσιο Κόστος Έργου: 30.000€
3	Παιδίατρος	1	Η συνεργασία αφορά σε 7ωρη παροχή ιατρικών υπηρεσιών, 5 ημέρες την εβδομάδα

			Συνολικό Ετήσιο Κόστος Έργου: 30.000€
4	Ακτινολόγος	3	<p>A) Η πρώτη συνεργασία αφορά σε 7ωρη παροχή ιατρικών υπηρεσιών, 5 ημέρες την εβδομάδα Συνολικό Ετήσιο Κόστος Έργου: 30.000€</p> <p>B) Η δεύτερη συνεργασία αφορά γνωματεύσεις αξονικών σε 32 ώρες μηνιαίως Συνολικό Ετήσιο Κόστος Έργου: 19.000€</p> <p>Γ) Η τρίτη συνεργασία αφορά γνωματεύσεις μαγνητικών και έως 100 γνωματεύσεις μηνιαίως Συνολικό Ετήσιο Κόστος Έργου: 22.500€ Επιπλέον 15€ για κάθε γνωμάτευση πέραν των 100 μηνιαίως</p>
5	Ενδοκρινολόγος	1	<p>Η συνεργασία αφορά σε 7ωρη παροχή ιατρικών υπηρεσιών, 5 ημέρες την εβδομάδα Συνολικό Ετήσιο Κόστος Έργου: 30.000€</p>
6	Ψυχίατρος	1	<p>Η συνεργασία αφορά σε 7ωρη παροχή ιατρικών υπηρεσιών, 2 ημέρες την εβδομάδα Συνολικό Ετήσιο Κόστος Έργου: 12.000€</p>
7	Δερματολόγος	1	<p>Η συνεργασία αφορά σε 7ωρη παροχή ιατρικών υπηρεσιών, 2 ημέρες την εβδομάδα Συνολικό Ετήσιο Κόστος Έργου: 12.000€</p>
8	Ρευματολόγος	1	<p>Η συνεργασία αφορά σε 7ωρη παροχή ιατρικών υπηρεσιών, 2 ημέρες την εβδομάδα Συνολικό Ετήσιο Κόστος Έργου: 12.000€</p>
9	Γαστρεντερολόγος	1	<p>Η συνεργασία αφορά σε 7ωρη παροχή ιατρικών υπηρεσιών, 2 ημέρες την εβδομάδα Συνολικό Ετήσιο Κόστος Έργου: 12.000€</p>

2. Για το Κέντρο Υγείας Αποκατάστασης Αποθεραπείας Κερατέας – «Κ. Πρίφτης»

Α/Α	ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	ΑΡ. ΑΤΟΜΩΝ	ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ
1	Φυσιάτρος	1	<p>Η συνεργασία αφορά σε 6ωρη παροχή ιατρικών υπηρεσιών, 4 ημέρες την εβδομάδα Συνολικό Ετήσιο Κόστος Έργου: 21.000€</p>

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 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.

Η κάλυψη των συνολικών θέσεων ανά ειδικότητα θα διενεργηθεί βάσει της εκτίμησης των λειτουργικών αναγκών της Πολυκλινικής του Ολυμπιακού Χωριού και του Κέντρου Υγείας Αποκατάστασης Αποθεραπείας Κερατέας – «Κ. Πρίφτης».

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 13/01/2021 έως και 19/01/2021, 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 21/01/2021, 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.

Βελέντζα Ευαγγελία
Διευθύνουσα Σύμβουλος

Συνημμένα:

Αίτηση – Υπεύθυνη Δήλωση



ΑΝΑΡΤΗΤΕΟ ΣΤΗ ΔΙΑΥΓΕΙΑ

Αρ. πρωτ.: 292 / 12-01-2021

ΑΙΤΗΣΗ ΥΠΟΨΗΦΙΟΤΗΤΑΣ – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

ΠΡΟΣ ΑΝΩΝΥΜΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ Α.Ε. (Α.Ε.Μ.Υ. Α.Ε.)	ΘΕΜΑ: «ΥΠΟΒΟΛΗ ΥΠΟΨΗΦΙΟΤΗΤΑΣ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑΣ ΜΕ ΙΑΤΡΟΥΣ - ΕΞΩΤΕΡΙΚΟΥΣ ΣΥΝΕΡΓΑΤΕΣ ΚΑΤΟΧΟΥΣ Α.Π.Υ. ΓΙΑ ΤΗΝ Α.Ε.Μ.Υ. Α.Ε.»
<u>ΕΠΩΝΥΜΟ:</u> <u>ΟΝΟΜΑ:</u> <u>ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ:</u> <u>ΜΗΤΡΩΝΥΜΟ:</u> <u>Α.Δ.Τ.:</u> <u>ΑΦΜ:</u> <u>Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ:</u> <u>ΠΕΡΙΟΧΗ, Τ.Κ.:</u> <u>ΤΗΛΕΦΩΝΟ:</u> <u>ΚΙΝΗΤΟ:</u> <u>ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ:</u>	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. 292/12-01-2021 πρόσκληση της Α.Ε.Μ.Υ. Α.Ε. ως ιατρός – εξωτερικός συνεργάτης, κάτοχος Α.Π.Υ. και ότι κατέχω την ειδικότητα <u>Δηλώνω υπεύθυνα ότι κατέχω:</u> <ol style="list-style-type: none"> 1. Πτυχίο Ιατρικής (εφόσον το πτυχίο έχει αποκτηθεί εκτός Ελλάδος, βεβαίωση ΔΟΑΤΑΠ για την επαγγελματική αναγνώριση και ισοτιμία) 2. Άδεια άσκησης Ιατρικού 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 6. Πιστοποιητικό στρατολογικής κατάστασης τύπου Α' 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. <u>Σας υποβάλλω, συνημμένα:</u> <ol style="list-style-type: none"> 1. Βιογραφικό Σημείωμα 2. Φωτοαντίγραφο Α.Δ.Τ. ή διαβατηρίου <p style="text-align: center;">Ο/Η ΑΙΤΩΝ/ΟΥΣΑ</p>