



Γ. Δαμάσκου 1, 13677 Αχαρνάι
 τηλ: 210 24 20 000, fax: 210 24 20 100
www.aemy.gr
info@aemy.gr

Αρ. πρωτ Γ.Ν.Θήρας.: 2691 / 01-06-2018

ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ

ΘΕΜΑ: «ΥΠΟΒΟΛΗ ΥΠΟΨΗΦΙΟΤΗΤΑΣ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑΣ ΙΑΤΡΩΝ- ΕΞΩΤΕΡΙΚΩΝ ΣΥΝΕΡΓΑΤΩΝ ΚΑΤΟΧΩΝ Α.Π.Υ. ΜΕ ΤΗΝ Α.Ε.Μ.Υ. Α.Ε. ΓΙΑ ΤΟ Γ.Ν.ΘΗΡΑΣ »

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 Εργασίας (υπ' αριθμ. 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 εγκρίθηκε με την υπ' αρ. 5^{θέμα1}/15-3-2016 (Α.Δ.Α. 6ΚΚ4ΟΡΡ3-7ΣΙ) απόφαση του Δ.Σ., την υπ' αρ. 2^{θέμα6}/12-1-2018 απόφαση Δ.Σ. «Έγκριση Τροποποίησης ΚΕΟΛ» (και υποβλήθηκε προς δημοσίευση στο ΓΕΜΗ με το υπ' αρ. 1354/29-1-2018) και με την υπ' αρ. 6^{θέμα6}/13-2-2018 απόφαση Δ.Σ. «Τροποποίηση του ΚΕΟΛ της Α.Ε.Μ.Υ. Α.Ε. όσον αφορά στο ΓΝΘ σχετικά με τη γνώση της αγγλικής γλώσσας για τους εργαζόμενους κατηγορίες ΔΕ » (και υποβλήθηκε προς δημοσίευση στο ΓΕΜΗ με το υπ' Α/Α 1158855/21-3-2018),
5. την τροποποίηση της παρ. 1 του άρθρου 41 του Ν.4058/2012 (Α63) που αντικαταστάθηκε δυνάμει του άρθρου 14 του Ν.4486/2017 (Α115)
6. τον Ν.2472/1997 όπως τροποποιήθηκε και ισχύει,
7. τον Ν.3418/2005 – Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας , όπως ισχύει σήμερα,
8. τη β' τροποποίηση του προϋπολογισμού 2018, η οποία εγκρίθηκε με την υπ' αριθμ. 8^{θέμα1}/06-03-2018 απόφαση του Δ.Σ. της Εταιρείας (Α.Δ.Α. ΨΞΠ5ΟΡΡ3-Β9Υ),



9. την υπ' αριθ.. 12^{θέμα11}/18-4-2018 απόφαση του Δ.Σ. της Εταιρείας με θέμα «Αίτημα για έκδοση Απόφασης Υπουργού για την έγκριση συνεργασίας του Γ.Ν. Θήρας με ιατρούς διαφόρων ειδικοτήτων, και νοσηλευτικό με καθεστώς έκδοσης δελτίου απόδειξης παροχής υπηρεσιών για τις παρεχόμενες υπηρεσίες τους στο πλαίσιο του Ν.4486/2017» (Α.Δ.Α. ΨΨ57ΟΡΡ3-916),
10. Το υπ αριθ. 1872 / 24-04-2018 αίτημα της ΑΕΜΥ για έγκριση συνεργασίας με ιατρούς και λοιπό προσωπικό με καθεστώς έκδοσης απόδειξης παροχής υπηρεσιών.
11. Την υπ' αριθ. Γ4β / Γ.Π. 32377 24-05-2018 απόφαση Υπουργού Υγείας « έγκριση συνεργασίας του Γ.Ν. Θήρας με ιατρούς και λοιπό προσωπικό με καθεστώς έκδοσης απόδειξης παροχής υπηρεσιών » για 5 ιατρούς διαφόρων ειδικοτήτων και 5 επαγγελματίες λοιπό προσωπικό για τις ανάγκες λειτουργίας του Γ.Ν. Θήρας για περίοδο 2 μηνών.
12. Την υπ αριθ.17 Θέμα 2/ 31.05.2018 απόφαση του ΔΣ ΑΕΜΥ με θέμα « ΥΠΟΒΟΛΗ ΥΠΟΨΗΦΙΟΤΗΤΑΣ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑΣ ΙΑΤΡΩΝ- ΕΞΩΤΕΡΙΚΩΝ ΣΥΝΕΡΓΑΤΩΝ ΚΑΤΟΧΩΝ Α.Π.Υ. ΜΕ ΤΗΝ Α.Ε.Μ.Υ. Α.Ε. ΓΙΑ ΤΟ Γ.Ν.ΘΗΡΑΣ » (ΑΔΑ ΩΧΧ6ΟΡΡ3-Ε1Σ)

ΠΡΟΣΚΑΛΕΙ

Στο πλαίσιο της υπ' αρ. Γ4β / Γ.Π. 32377 24-05-2018 απόφασης Υπουργού Υγείας, συνεργάτες των ειδικοτήτων, όπως αποτυπώνονται στον πίνακα ακολούθως, για τη σύναψη συνεργασίας με το ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΗΡΑΣ **για δύο (2) μήνες** με καθεστώς έκδοσης από αυτούς απόδειξης παροχής υπηρεσιών για τις παρεχόμενες υπηρεσίες τους, προκειμένου για την υποστήριξη της παροχής των υπηρεσιών υγείας στην Εταιρεία με την επωνυμία Α.Ε.Μ.Υ. Α.Ε. και συγκεκριμένα στο ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΗΡΑΣ

α/α	ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	ΑΡ. ΑΤΟΜΩΝ	ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ
1	Καρδιολογίας	1	Η συνεργασία αφορά: σε παροχή ιατρικών υπηρεσιών, εντός του πλαισίου προγράμματος ιατρικής υπηρεσίας, για 272 ώρες τον μήνα / Μηνιαία Μικτή Αμοιβή: 2.800,00€
2	Χειρουργικής		Η συνεργασία αφορά: σε παροχή ιατρικών υπηρεσιών, εντός του πλαισίου προγράμματος ιατρικής

		1	υπηρεσίας, για 272 ώρες τον μήνα /Μηνιαία Μικτή Αμοιβή:2.800,00€
3	Παθολογίας	1	Η συνεργασία αφορά: σε παροχή ιατρικών υπηρεσιών, εντός του πλαισίου προγράμματος ιατρικής υπηρεσίας, για 272 ώρες τον μήνα /Μηνιαία Μικτή Αμοιβή:2.800,00 €
4	Ορθοπεδικής	1	Η συνεργασία αφορά: σε παροχή ιατρικών υπηρεσιών, εντός του πλαισίου προγράμματος ιατρικής υπηρεσίας, για 272 ώρες τον μήνα /Μηνιαία Μικτή Αμοιβή: 2.800,00€
5	Νεφρολογίας	1	Η συνεργασία αφορά: σε παροχή ιατρικών υπηρεσιών, εντός του πλαισίου προγράμματος ιατρικής υπηρεσίας, για 272 ώρες τον μήνα/Μηνιαία Μικτή Αμοιβή :2.800,00€
6	ΔΕ Νοσηλευτή	2	Η συνεργασία αφορά: σε 8ωρη παροχή νοσηλευτικών υπηρεσιών, εντός του πλαισίου προγράμματος νοσηλευτικής υπηρεσίας 5 ημέρες την εβδομάδα Μηνιαία Μικτή Αμοιβή:1.250,00€
7	ΤΕ Νοσηλευτή	2	Η συνεργασία αφορά: σε 8ωρη παροχή νοσηλευτικών υπηρεσιών, 5 ημέρες την εβδομάδα εντός του πλαισίου προγράμματος νοσηλευτικής υπηρεσίας Μηνιαία Μικτή Αμοιβή:1.450,00€
8	ΔΕ βοηθών Ιατρικών και Βιολογικών Εργαστηρίων	1	Η συνεργασία αφορά: σε 8ωρη παροχή υπηρεσιών, εντός του πλαισίου προγράμματος υπηρεσίας 5 ημέρες την εβδομάδα / Μηνιαία Μικτή Αμοιβή:1.250,00€

Η παροχή των υπηρεσιών των εξωτερικών συνεργατών θα γίνεται εντός του ωραρίου λειτουργίας του Γενικού Νοσοκομείου Θήρας, ενδεικτικά αναφέρονται κυλιόμενο ωράριο, εφημερίες, όπως αυτό εκάστοτε καθορίζεται από τα μηνιαία προγράμματα, σύμφωνα με τις ανάγκες για την προσήκουσα και απρόσκοπτη λειτουργία του..

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 του Γενικού Νοσοκομείου Θήρας

Οι ενδιαφερόμενοι συνεργάτες καλούνται να υποβάλλουν την υποψηφιότητά τους για σύναψη συνεργασίας με την Α.Ε.Μ.Υ. Α.Ε.-Γ.Ν.Θ. σε κλειστό φάκελο στο χρονικό διάστημα **από 01 / 06 /2018 έως και 08/06/2018, ώρα 14.00** ως εξής:

- α) να την αποστείλουν ταχυδρομικά με Ταχυμεταφορές ΕΛΤΑ ή
- β) να την αποστείλουν μέσω ιδιωτικής εταιρείας ταχυμεταφορών ή
- γ) να την υποβάλλουν αυτοπροσώπως, καθημερινά 08.00 – 14.00, στο Γενικό Νοσοκομείο Θήρας, Καρτεράδος, Θήρα, τ.κ. 84700, Υπόψη Τμήματος Ανθρώπινου Δυναμικού

Στο φάκελο θα αναγράφεται η ένδειξη:

ΠΡΟΣ:

ΑΝΩΝΥΜΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ Α.Ε. (Α.Ε.Μ.Υ. Α.Ε.),-ΓΕΝΙΚΟ
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΗΡΑΣ
ΚΑΡΤΕΡΑΔΟΣ, ΘΗΡΑ, Τ.Κ. 84700
ΥΠΟΨΗ: ΤΜΗΜΑΤΟΣ 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 και του νοσηλευτικού προσωπικού, 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 12/06/2018, ώρα 14.00. Αιτήσεις που θα ληφθούν/υποβληθούν εκπρόθεσμα δεν θα ληφθούν υπόψη.

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

A. ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ

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).

Β.ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ /

ΒΟΗΘΩΝ ΙΑΤΡ.ΒΙΟΛΟΓΙΚΩΝ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΩΝ

1. αίτηση υποψηφιότητας (συνημμένο στην παρούσα ανακοίνωση υπόδειγμα),
2. φωτοαντίγραφο δελτίου αστυνομικής ταυτότητας ή των κρίσιμων σελίδων του διαβατηρίου κράτους- μέλους της Ε.Ε.,
3. πλήρες και αναλυτικό βιογραφικό σημείωμα, από το οποίο να προκύπτει υποχρεωτικά και αναλυτικά η διανυθείσα προϋπηρεσία σε έτη και μήνες όπως επίσης και η εμπειρία στο γνωστικό αντικείμενο της ειδικότητας του αιτούντος,
4. υπεύθυνη δήλωση στην οποία θα βεβαιώνεται ότι όλα τα ατομικά στοιχεία και ουσιαστικά προσόντα που αναφέρει στο συνημμένο βιογραφικό σημείωμα είναι αληθή, ότι τα δικαιολογητικά είναι πιστά φωτοαντίγραφα των πρωτοτύπων που τηρεί και τα οποία θα προσκομιστούν εφόσον του ζητηθεί και ότι θα προσκομίσει εφόσον του ζητηθούν πιστοποιητικά-βεβαιώσεις τα οποία δηλώνει στο βιογραφικό του σημείωμα ότι κατέχει και δεν έχει προσκομίσει,

5. φωτοαντίγραφο βασικού τίτλου σπουδών, το οποίο εφόσον έχει αποκτηθεί εκτός Ελλάδας απαιτείται να προσκομιστεί και η βεβαίωση ΔΟΑΤΑΠ για την επαγγελματική αναγνώριση και ισοτιμία,
6. άδεια άσκησης επαγγέλματος, για τις ειδικότητες που προβλέπεται.
7. για τους άρρενες υποψήφιους, φωτοαντίγραφο πιστοποιητικού εκπλήρωσης στρατιωτικής θητείας ή νόμιμης απαλλαγής,
8. Ταυτότητα μέλους της Ένωσης Νοσηλευτών/τριών Ελλάδος (Ε.Ν.Ε.) (για τις θέσεις όπου απαιτείται) , η οποία να είναι σε ισχύ ή Βεβαίωση Ανανέωσης Εγγραφής στην Ένωση Νοσηλευτών Ελλάδος (Ε.Ν.Ε.) του τρέχοντος έτους ή Βεβαίωση εγγραφής στην Ένωση Νοσηλευτών Ελλάδος (Ε.Ν.Ε.), για όσους εγγράφονται για πρώτη φορά, η οποία είναι σε ισχύ μέχρι το τέλος Φεβρουαρίου του επόμενου έτους από την έκδοση της, σύμφωνα με τα οριζόμενα στο άρθρο 4, παρ.5 του Ν.3252/2004.

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 επιλεγέντες υποψήφιοι συνεργάτες , 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 ανθρωπίνου Δυναμικού Γ.Ν.Θήρας καθημερινά 08.00-14.00 στο τηλέφωνο 22860 - 35466



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.

Χαράλαμπος Πανοτόπουλος
Αντιπρόεδρος ΑΕΜΥ ΑΕ. Εντεταλμένος Σύμβουλος για το Γ.Ν.Θήρας

Συνημμένα:

Αίτηση – Υπεύθυνη Δήλωση

ΑΙΤΗΣΗ ΥΠΟΨΗΦΙΟΤΗΤΑΣ – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

<p>ΠΡΟΣ ΑΝΩΝΥΜΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ Α.Ε. (Α.Ε.Μ.Υ. Α.Ε.)</p>	<p align="center">ΘΕΜΑ:</p> <p>«ΥΠΟΒΟΛΗ ΥΠΟΨΗΦΙΟΤΗΤΑΣ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑΣ ΜΕ ΙΑΤΡΟΥΣ - ΕΞΩΤΕΡΙΚΟΥΣ ΣΥΝΕΡΓΑΤΕΣ ΚΑΤΟΧΟΥΣ Α.Π.Υ. ΓΙΑ ΤΗΝ Α.Ε.Μ.Υ. Α.Ε.-ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΗΡΑΣ»</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><u>ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ:</u></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. 2691/01-06-18 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"> 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' <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"> 1. Βιογραφικό Σημείωμα 2. Φωτοαντίγραφο Α.Δ.Τ. ή διαβατηρίου <p align="center">Ο/Η ΑΙΤΩΝ/ΟΥΣΑ</p> <p>.....</p>

ΑΙΤΗΣΗ ΥΠΟΨΗΦΙΟΤΗΤΑΣ – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

<p>ΠΡΟΣ ΑΝΩΝΥΜΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ Α.Ε. (Α.Ε.Μ.Υ. Α.Ε.)</p>	<p align="center">ΘΕΜΑ:</p> <p>«ΥΠΟΒΟΛΗ ΥΠΟΨΗΦΙΟΤΗΤΑΣ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑΣ ΜΕ ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ - ΕΞΩΤΕΡΙΚΟΥΣ ΣΥΝΕΡΓΑΤΕΣ ΚΑΤΟΧΟΥΣ Α.Π.Υ. ΓΙΑ ΤΗΝ Α.Ε.Μ.Υ. Α.Ε.-ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΗΡΑΣ»</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><u>ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ:</u></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. Πρωτ2691/01-06-18. πρόσκληση της Α.Ε.Μ.Υ. Α.Ε. ως εξωτερικός συνεργάτης, κάτοχος Α.Π.Υ. και ότι κατέχω την ειδικότητα ΤΕ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ.....</p> <p><u>Δηλώνω υπεύθυνα ότι κατέχω:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Πτυχίο ΤΕ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ (εφόσον το πτυχίο έχει αποκτηθεί εκτός Ελλάδος, βεβαίωση ΔΟΑΤΑΠ για την επαγγελματική αναγνώριση και ισοτιμία) 2) Άδεια άσκησης Νοσηλεύτη ,ή βεβαίωση ότι πληροί όλες τις νόμιμες προϋποθέσεις για την άσκηση του επαγγέλματος νοσηλευτού /τριας. 3) Βεβαίωση Ιδιότητας Μέλους Ε.Ν.Ε 4) Πιστοποιητικό στρατολογικής κατάστασης τύπου Α' <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"> 1) Βιογραφικό Σημείωμα 2) Φωτοαντίγραφο Α.Δ.Τ. ή διαβατηρίου <p align="center">Ο/Η ΑΙΤΩΝ/ΟΥΣΑ</p> <p>.....</p>

<p>ΠΡΟΣ</p> <p>ΑΝΩΝΥΜΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ</p> <p>Α.Ε. (Α.Ε.Μ.Υ. Α.Ε.)</p>	<p>ΘΕΜΑ:</p> <p>«ΥΠΟΒΟΛΗ ΥΠΟΨΗΦΙΟΤΗΤΑΣ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑΣ ΜΕ ΒΟΗΘΟΥΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ / ΒΟΗΘΟΥΣ ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΚΑΙ ΒΙΟΛΟΓΙΚΩΝ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΩΝ - ΕΞΩΤΕΡΙΚΟΥΣ ΣΥΝΕΡΓΑΤΕΣ ΚΑΤΟΧΟΥΣ Α.Π.Υ. ΓΙΑ ΤΗΝ Α.Ε.Μ.Υ. Α.Ε.-ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΗΡΑΣ»</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><u>ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ:</u></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 2691/01-06-18 πρόσκληση της Α.Ε.Μ.Υ. Α.Ε. ως εξωτερικός συνεργάτης, κάτοχος Α.Π.Υ. και ότι κατέχω την ειδικότητα</p> <p>ΔΕ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ή</p> <p>ΔΕ ΒΟΗΘΟΣ ΙΑΤΡΙΚΩΝ & ΒΙΟΛΟΓΙΚΩΝ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΩΝ</p> <p><u>Δηλώνω υπεύθυνα ότι κατέχω:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Πτυχίο ή Δίπλωμα ή απολυτήριο τίτλο με την ειδικότητα του ΔΕ Βοηθού Νοσηλευτή/ ΔΕ Βοηθού Ιατρικών & Βιολογικών Εργαστηρίων 2) Άδεια άσκησης επαγγέλματος Βοηθού Νοσηλευτή 3) Πιστοποιητικό στρατολογικής κατάστασης τύπου Α' (για άρρενες υποψηφίους) <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"> 1) Βιογραφικό Σημείωμα 2) Φωτοαντίγραφο Α.Δ.Τ. ή διαβατηρίου <p style="text-align: center;">Ο/Η ΑΙΤΩΝ/ΟΥΣΑ</p> <p>.....</p>