



ΑΛΛΗΛΟΒΟΗΘΗΤΙΚΟ ΤΑΜΕΙΟ
ΠΕΡΙΘΑΛΨΕΩΣ ΣΥΛΛΟΓΟΥ ΥΠΑΛΛΗΛΩΝ
ΤΡΑΠΕΖΗΣ ΕΛΛΑΔΟΣ

Αθήνα, 09 Ιανουαρίου 2025

**ΔΗΜΟΣΙΑ ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ
(ΠΡΟΤΑΣΕΩΝ) ΠΡΟΣ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ**

Το Αλληλοβοηθητικό Ταμείο Περιθάλψεως Συλλόγου Υπαλλήλων Τραπέζης Ελλάδος (Α.Τ.Π.Σ.Υ.Τ.Ε.), Νομικό Πρόσωπο Ιδιωτικού Δικαίου, ενδιαφέρεται να συνεργασθεί, συνάπτοντας σύμβαση παροχής ανεξαρτήτων υπηρεσιών σύμφωνα με τις κείμενες νομοθετικές διατάξεις, τον ισχύοντα Κανονισμό Παροχής Υπηρεσιών από Εξωτερικούς Παρόχους στο Α.Τ.Π.Σ.Υ.Τ.Ε, τις Καταστατικές του Διατάξεις και τους Κανονισμούς Λειτουργίας του, με ιατρούς των παρακάτω ειδικοτήτων: α) με έναν/μια **(1) Ιατρό Παθολόγο ή Γενικής Ιατρικής** και έναν/μια **(1) Παιδίατρο**, οι οποίοι θα παρέχουν τις υπηρεσίες τους στα Πολυϊατρεία του στην **Αθήνα (Ομήρου 5, Τ.Κ. 10564)** και β) με έναν/μια **(1) Ιατρό Παθολόγο ή Γενικής Ιατρικής** και έναν/μια **(1) Ακτινολόγο - Ακτινοδιαγνώστη** για τα Πολυϊατρεία του στη **Θεσσαλονίκη (Τσιμισκή 4, Τ.Κ. 54624)**.

Οι υποψήφιοι οι οποίοι προσκαλούνται να υποβάλουν αιτήσεις εκδήλωσης ενδιαφέροντος προς συνεργασία, θα πρέπει, κατά περίπτωση, να προσκομίσουν τα παρακάτω:

A. Απαραίτητα δικαιολογητικά:

1. Πτυχίο Ιατρικής Ανώτατου Εκπαιδευτικού Ιδρύματος (Α.Ε.Ι.) της ημεδαπής ή της αλλοδαπής αναγνωρισμένο από τον Δ.Ο.Α.Τ.Α.Π. ως ισότιμο και αντίστοιχο ελληνικού Α.Ε.Ι.,
2. Άδεια άσκησης επαγγέλματος.
3. Άδεια λήψης τίτλου ειδικότητας.
4. Βιογραφικό Σημείωμα.
5. Βεβαίωση από τον οικείο Ιατρικό Σύλλογο στην οποία θα αναγράφεται ότι είναι εγγεγραμμένοι σε αυτόν και ότι δεν έχουν διωχθεί πειθαρχικά.
6. Αποδεικτικό τουλάχιστον 3ετούς προϋπηρεσίας (πλέον του χρόνου της ειδικότητας).

7. Ασφαλιστήριο συμβόλαιο αστικής ευθύνης.

8. Έγγραφο μεταβολών - έναρξης επαγγέλματος.

B. Επιθυμητά δικαιολογητικά:

Μεταπτυχιακός ή Διδακτορικός τίτλος σπουδών Ανώτατου Εκπαιδευτικού Ιδρύματος (Α.Ε.Ι.) της ημεδαπής ή της αλλοδαπής, κτηθείς μετά την κτήση τίτλου σπουδών Α.Ε.Ι., αναγνωρισμένος από τον Δ.Ο.Α.Τ.Α.Π. ως ισότιμος μεταπτυχιακού ή διδακτορικού τίτλου ελληνικού Α.Ε.Ι.

Οι αιτήσεις, με συνημμένα τα ως άνω έγγραφα, θα πρέπει να υποβληθούν σε κλειστό φάκελο έως την Παρασκευή, 31.01.2025 και ώρα 13:00:

α) **Για την Αθήνα**, στο Τμήμα Γραμματείας Πολυϊατρείων (Ομήρου 4, 2^{ος} Όροφος - Τ.Κ. 10564 - τηλ. 210 320 4905) ή ταχυδρομικά στην ως άνω διεύθυνση, με την ένδειξη «Προς το Δ.Σ. του Α.Τ.Π.Σ.Υ.Τ.Ε για την από 09.01.2025 δημόσια πρόσκληση εκδήλωσης ενδιαφέροντος συνεργασίας».

β) **Για τη Θεσσαλονίκη**, στην Υπηρεσία Γενικών Εργασιών Α.Τ.Π.Σ.Υ.Τ.Ε. Υποκαταστήματος Θεσσαλονίκης (Τσιμισκή 4 - Τ.Κ. 54625, τηλ. 2310 591 213) ή ταχυδρομικά στην ως άνω διεύθυνση, με την ένδειξη «Προς το Δ.Σ. του Α.Τ.Π.Σ.Υ.Τ.Ε για την από 08.01.2025 δημόσια πρόσκληση εκδήλωσης ενδιαφέροντος συνεργασίας».

Το Δ.Σ του Α.Τ.Π.Σ.Υ.Τ.Ε δεν υποχρεούται να γνωστοποιήσει τους λόγους επιλογής ή απόρριψης των άλλων υποψηφίων και μπορεί να συμβληθεί απευθείας με εξωτερικούς παρόχους της επιλογής του.

Η παρούσα δημοσιεύεται: α) στον Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο, β) στους οικείους Ιατρικούς Συλλόγους και αναρτάται ηλεκτρονικά στη διεύθυνση www.atpsyte.gr.

Για περισσότερες πληροφορίες οι ενδιαφερόμενοι μπορούν να επικοινωνούν στα τηλ. 210 320 3041 και 3052.

Για το Α.Τ.Π.Σ.Υ.Τ.Ε.

Η Επιτροπή Διενέργειας του Διαγωνισμού