



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

6<sup>η</sup> Υ.Πε. ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ ΗΠΕΙΡΟΥ,

ΙΟΝΙΩΝ ΝΗΣΩΝ, ΗΠΕΙΡΟΥ& ΔΥΤΙΚΗΣ  
ΕΛΛΑΔΑΣ

ΟΡΘΗ ΕΠΑΝΑΛΗΨΗ  
Πρέβεζα: 25-11-2025

Αριθ. Πρωτ.:13948

## Γ. Ν. Π. ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΡΕΒΕΖΑΣ

**Τμήμα:** ΓΡΑΦΕΙΟ ΔΙΟΙΚΗΤΡΙΑΣ  
**Τηλ.:** 2682 361331  
**E-mail:** [manager@prevezahospital.gr](mailto:manager@prevezahospital.gr)  
**Ταχ. Διεύθ.:** Σελευκείας 2, 48100, Πρέβεζα

### ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ

Λαμβάνοντας υπόψη:

1. Τις διατάξεις του Ν. 3329/2005 (ΦΕΚ81Α) «Εθνικό Σύστημα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και λοιπές διατάξεις» όπως αυτός τροποποιήθηκε από τις διατάξεις του Ν.3527/2007 (ΦΕΚ25Α) «Κύρωση συμβάσεων υπέρ Νομικών Προσώπων εποπτευόμενων από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και λοιπές διατάξεις».
2. Τις διατάξεις της παρ.4 του άρθρου 9 του π.δ. 80/2016 (Α' 145) (Ανάληψη υποχρεώσεων από τους διατάκτες).
3. Τις διατάξεις του άρθρου 41του Ν.4058/2012 Ρυθμίσεις θεμάτων Νοσοκομείων ΕΣΥ ,Κέντρων Υγείας και ΟΚΑΝΑ «Η συνεργασία με Ιατρούς πραγματοποιείται κατά των διατάξεων του άρθρου 6 του Ν.2527/1997, όπως συμπληρώθηκε με το άρθρο 10 του Ν.3812/2009, καθώς και της παραγράφου 20<sup>α</sup> του 9ου άρθρου του Ν.4057/2012, μετά από αιτιολογημένη έκθεση του φορέα και απόφαση του Υπουργείου Υγείας».
4. Τις διατάξεις του άρθρου 104 του Ν. 5034/2023 που τροποποιούν την παρ.1 του άρθρου 41 Ν.4058/2012 (τα νοσοκομεία του Εθνικού Συστήματος Υγείας δύνανται για την κάλυψη των αναγκών τους σε προσωπικό και για την προσήκουσα λειτουργία τους, εφόσον δεν επαρκεί το προσωπικό τους, να συνεργάζονται με ιατρούς κάθε ειδικότητας, με καθεστώς έκδοσης δελτίου απόδειξης παροχής υπηρεσιών για τις παρεχόμενες υπηρεσίες τους).
5. Την με αριθ. πρωτ. Γ.4β/Γ.Π.οικ.33813/29-07-2025 (ΦΕΚ 985/05 τ. Υ.Ο.Δ.Δ) κοινή Απόφαση του Υπουργού και του Υφυπουργού Υγείας, Διορισμού Διοικήτριας του Γ.Ν. Πρέβεζας
6. Τον Οργανισμό του Γενικού Νοσοκομείου Πρέβεζας (ΦΕΚ 3497/31-12-2012).
7. Το με αριθ. πρωτ. 458/08-01-2025 αίτημα του Γ.Ν. Πρέβεζας αναφορικά με τη συνεργασία με έναν (1) ιδιώτη ιατρό ειδικότητας ΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ, με καθεστώς έκδοσης απόδειξης παροχής υπηρεσιών.
8. Το απόσπασμα της 1<sup>ης</sup>/08-1-2025/θ.2<sup>ο</sup> Συνεδρίασης του Διοικητικού Συμβουλίου του Γ.Ν. Πρέβεζας.
9. Την με αρ. πρωτ. 420/08-01-2025 και την με αρ. πρωτ. 6525/06-06-2025 ΟΡΘΗ ΕΠΑΝΑΛΗΨΗ βεβαίωση Δέσμευσης Πίστωσης του Γ.Ν. Πρέβεζας.

10. Το γεγονός ότι δεν υπάρχουν υποψήφιοι αυτής της ειδικότητας στον κατάλογο των επικουρικών ιατρών της 6<sup>ης</sup> Υ.Π.ε. Πελοποννήσου, Ιονίων Νήσων, Ηπείρου & Δυτικής Ελλάδας, για το Γ.Ν. Πρέβεζας.
11. Την με αριθ. πρωτ. Γ4β/1842/16-06-2025 έγκριση του Υπουργείου Υγείας για την συνεργασία του Νοσοκομείου μας με έναν (1) ιδιώτη ιατρό ειδικότητας ΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ, με καθεστώς έκδοσης δελτίου παροχής υπηρεσιών για χρονικό διάστημα εννέα (9) μηνών.
12. Τις υπηρεσιακές ανάγκες για την ομαλή και εύρυθμη λειτουργία του Γενικού Νοσοκομείου Πρέβεζας.

Το Γενικό Νοσοκομείο Πρέβεζας για την αντιμετώπιση έκτακτων αναγκών δημόσιας υγείας και την κάλυψη των αναγκών του σε προσωπικό και για την ομαλή και εύρυθμη λειτουργία του ενδιαφέρεται να συνεργαστεί, **με έναν (1) ιατρό ειδικότητας Παθολογίας, με καθεστώς έκδοσης δελτίου παροχής υπηρεσιών για χρονικό διάστημα εννέα (09) μηνών.**

**Οι υποψήφιοι πρέπει να είναι:**

- 1 ) Έλληνες πολίτες.
- 2 ) Να έχουν την υγεία και φυσική καταλληλότητα που απαιτείται για την εκτέλεση των καθηκόντων της θέσης που επιλέγουν.
- 3 ) Να μην έχουν καταδικαστεί για αδικήματα ασυμβίβαστα με την δημοσιουπάλληλική ιδιότητα.
- 4 ) Οι άνδρες να έχουν εκπληρώσει τις στρατιωτικές τους υποχρεώσεις ή να έχουν νόμιμη απαλλαγή.
- 5 ) Εφόσον προσληφθούν να εγγραφούν στη Δ.Ο.Υ. ως επιτηδευματίες.

**Με την αίτηση συνυποβάλλονται:**

- α. Αντίγραφο δελτίου αστυνομικής ταυτότητας.
- β. Πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης
- γ. Υπεύθυνη δήλωση στην οποία θα αναφέρουν ότι δεν έχουν καταδικαστεί για αδικήματα ασυμβίβαστα με την δημοσιουπάλληλική ιδιότητα.
- δ. Ακριβές αντίγραφο τίτλου σπουδών.
- ε. Άδεια άσκησης επαγγέλματος.
- στ. Άδεια τίτλου αντίστοιχης ειδικότητας.
- ζ. Θα συνεκτιμηθούν προσόντα όπως μεταπτυχιακοί τίτλοι σε συναφή αντικείμενα και η εργασιακή εμπειρία, στην Παθολογική.

### **Αμοιβή**

Η μηνιαία αμοιβή με έκδοση απόδειξης παροχής υπηρεσιών τακτικού ωραρίου των ιατρών θα είναι η αμοιβή Διευθυντή σε μισθολογικό κλιμάκιο 09.

Κατά την πληρωμή τους θα επιβάλλονται οι νόμιμες κρατήσεις σύμφωνα με τις ισχύουσες διατάξεις.

### **Καθήκοντα**

Πέραν της συμμετοχής των ιατρών στο πρόγραμμα του Νοσοκομείου, οι ιατροί δύνανται, με απόφαση του διοικητή του νοσοκομείου και τη σύμφωνη γνώμη του αρμόδιου διευθυντή της κλινικής, να συμμετέχουν στις εφημερίες του νοσοκομείου με αμοιβή ίση με αυτή του Διευθυντή σε μισθολογικό κλιμάκιο (9). Κατά την πληρωμή τους θα επιβάλλονται οι νόμιμες κρατήσεις σύμφωνα με τις ισχύουσες διατάξεις.

### **Αιτήσεις - Διαδικασία**

Οι ενδιαφερόμενοι μπορούν να στέλνουν την αίτησή τους (η οποία υπέχει και θέση Υπεύθυνης Δήλωσης) με τα απαιτούμενα κατά περίπτωση δικαιολογητικά αυτοπροσώπως ή ταχυδρομικά με απόδειξη στη Διεύθυνση:

**« Γενικό Νοσοκομείο Πρέβεζας**

**Σελευκείας 2 – ΠΡΕΒΕΖΑ**

**Τ.Κ. 48100 »**

**έως και 01-12-2025**, όπως θα προκύπτει από την σφραγίδα του Ταχυδρομείου.

Αιτήσεις που θα υποβληθούν μετά το ανωτέρω χρονικό διάστημα δεν θα ληφθούν υπόψη.

### **Επιλογή**

Η τελική επιλογή θα γίνει από τη Διοίκηση του Γ. Ν. Πρέβεζας

### **Πληροφορίες**

Για πληροφορίες, οι ενδιαφερόμενοι μπορούν να απευθύνονται στο Τμήμα Διαχείρισης Ανθρώπινου Δυναμικού του Γενικού Νοσοκομείου Πρέβεζας κατά τις εργάσιμες ημέρες και ώρες στο τηλέφωνο 2682361300 και 302.

**Η ΔΙΟΙΚΗΤΡΙΑ**

**ΕΥΘΥΜΙΑ ΝΙΚΟΛΑΟΥ**

**Π Ρ Ο Σ**

**Το Γενικό Νοσοκομείο Πρέβεζας**

**Σελευκείας 2**

**ΤΚ 48100 ΠΡΕΒΕΖΑ**

**Α Ι Τ Η Σ Η**

ΕΠΩΝΥΜΟ:.....

ΟΝΟΜΑ: .....

ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ:.....

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ:

.....

.....

.....

ΤΗΛΕΦΩΝΟ:.....

EMAIL:.....

Σας γνωρίζω ότι ενδιαφέρομαι να καλύψω τη λειτουργία και εφημέρευση της Παθολογικής κλινικής του Γ. Ν. Πρέβεζας για χρονικό διάστημα εννέα (9) μηνών από την υπογραφή της σύμβασης με τους όρους που αναφέρονται στην υπ' αριθ. πρωτ.13948/25-11-2025 Πρόσκληση Εκδήλωσης Ενδιαφέροντος.

Πρέβεζα,     /     /2025

Ο/Η ΑΙΤΩΝ/ΟΥΣΑ

.....