



ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
5^η ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ
ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ & ΣΤΕΡΕΑΣ ΕΛΛΑΔΑΣ
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΛΑΜΙΑΣ

ΑΝΑΡΤΗΤΕΑ ΣΤΟ ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ

Λαμία 21/10/2020
Αριθμ. Πρωτ : Π/23483

Πρόσκληση εκδήλωσης ενδιαφέροντος
για συνεργασία ενός (1) ΠΕ Ιατρού ειδικότητας Ακτινοδιαγνωστικής (με γνωστικό αντικείμενο στον Μαγνητικό Τομογράφο), με το ΝΠΔΔ με την επωνυμία Γενικό Νοσοκομείο Λαμίας, με καθεστώς παροχής υπηρεσιών και προς τούτο έκδοση αντίστοιχων δελτίων παροχής υπηρεσιών του ιατρού προς το Νοσοκομείο για τους εξεταζόμενους ασθενείς στο Νοσοκομείο Λαμίας και ειδικότερα στον εγκατεστημένο στο Νοσοκομείο Λαμίας μαγνητικό τομογράφο.

Έχοντας υπόψη:

- Τις διατάξεις του άρθρου 41 του νόμου 4058/2012, όπως τροποποιήθηκε με το άρθρο 44 του νόμου 4486/2017
- Την υπ' αριθμ. Α3α/ οικ. 110515/2014 Κοινή Υπουργική Απόφαση (ΦΕΚ 3444/τ. Β /22-12-2014) «Οργανισμός του Γενικού Νοσοκομείου Λαμίας»
- Την αριθμ. 20/27-08-2020 (Θ 29^ο) απόφαση ΔΣ του ΓΝ Λαμίας
- Την αριθμ Β/19021/03-09-2020 βεβαίωση δέσμευσης πίστωσης
- Το αριθμ. Π/19098/04-09-2020 έγγραφό μας
- Την αριθμ. Γ4β/Γ.Π. 55348/18-09-2020 έγκριση του Υπουργείου Υγείας

Προσκαλούμε τους ενδιαφερόμενους ειδικούς ιατρούς για συνεργασία με το Γενικό Νοσοκομείο Λαμίας με καθεστώς παροχής υπηρεσιών και προς τούτο έκδοση αντίστοιχων δελτίων παροχής υπηρεσιών του ιατρού προς το Νοσοκομείο για τους εξεταζόμενους ασθενείς στο Νοσοκομείο Λαμίας και ειδικότερα στον εγκατεστημένο στο Νοσοκομείο Λαμίας μαγνητικό τομογράφο και για χρονικό διάστημα ενός (1) έτους ως εξής:

- ενός (1) ΠΕ Ιατρού ειδικότητας Ακτινοδιαγνωστικής (με γνωστικό αντικείμενο στον Μαγνητικό Τομογράφο) για απασχόληση στο Τμήμα Νεότερων Απεικονιστικών Μεθόδων (Μαγνητικό Τομογράφο), έναντι κατ' αποκοπή αμοιβής 16,50 ευρώ /ανά ασθενή συμπεριλαμβανομένου του ΦΠΑ, των ασφαλιστικών εισφορών και των λοιπών κρατήσεων και έως του ποσού των 2.500 ευρώ μηνιαίως.

Κριτήρια Επιλογής

1. ΤΥΠΙΚΑ ΠΡΟΣΟΝΤΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΑΤΑΛΗΨΗ ΤΗΣ ΘΕΣΗΣ

Απαιτούμενα προσόντα (για τη θέση)

Πτυχίο ή δίπλωμα Ιατρικής Α.Ε.Ι. άδεια άσκησης επαγγέλματος, άδεια τίτλου αντίστοιχης Ειδικότητας

2. ΕΜΠΕΙΡΙΑ

Ως εμπειρία της παραπάνω θέσης νοείται η αποδεδειγμένη απασχόληση με σχέση εργασίας ή σύμβαση έργου στον δημόσιο ή ιδιωτικό τομέα ή άσκηση επαγγέλματος σε καθήκοντα Ιατρού ΠΕ Ακτινοδιαγνωστικής σε Μαγνητικό Τομογράφο

3. ΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ

Μετά την κατάθεση των δικαιολογητικών θα ακολουθήσει προσωπική συνέντευξη των υποψηφίων στο Γραφείο Διοικητή του ΓΝ Λαμίας
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 δημοσιούπαλληλική ιδιότητα.
4. Οι άνδρες να έχουν εκπληρώσει τις στρατιωτικές τους υποχρεώσεις ή να έχουν νόμιμη απαλλαγή.
5. Εφόσον προσληφθούν να εγγραφούν στη ΔΟ.Υ. ως επιτηδευματίες.
6. Εφόσον προσληφθούν να εγγραφούν στον Ιατρικό Σύλλογο Φθιώτιδας .
7. Να έχουν τους απαιτούμενους τίτλους σπουδών.

Για τη σειρά κατάταξης λαμβάνονται υπόψη τα παρακάτω αναφερόμενα κριτήρια επιλογής με

συντελεστές:

70% τα απαιτούμενα κύρια και επικουρικά προσόντα

20% εμπειρία

10% προσωπική συνέντευξη

Υποβολή αιτήσεων συμμετοχής

Οι ενδιαφερόμενοι καλούνται να υποβάλλουν αίτηση αυτοπροσώπως, είτε με άλλο εξουσιοδοτημένο από αυτούς πρόσωπο, στο πρωτόκολλο του Γενικού Νοσοκομείου Λαμίας είτε ταχυδρομικά με συστημένη επιστολή, από την οποία θα προκύπτει ότι η αποστολή έλαβε χώρα μέσα στην οριζόμενη δια της παρούσας προθεσμία, στο Νοσοκομείο Λαμίας στη διεύθυνση:

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΛΑΜΙΑΣ , Παπασιοπούλου τέρμα, ΤΚ 35100, Λαμίας, με την ένδειξη «ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ ΓΙΑ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΠΕ ΙΑΤΡΟ ΑΚΤΙΝΟΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗΣ»

Με την αίτηση συνυποβάλλονται:

- α. Ακριβές αντίγραφο αστυνομικής ταυτότητας.
- β. Υπεύθυνη δήλωση στην οποία θα αναφέρουν ότι δεν έχουν καταδικαστεί για αδικήματα ασυμβίβαστα με την δημοσιούπαλληλική ιδιότητα.
- γ. Έγγραφα απόδειξης εμπειρίας
- δ. Ακριβές αντίγραφο τίτλου σπουδών.
- ε. Άδεια άσκησης επαγγέλματος
- στ. Άδεια τίτλου αντίστοιχης ειδικότητας
- ζ. Σύντομο βιογραφικό σημείωμα
- η. Υπεύθυνη δήλωση θεωρημένη αρμοδίως και νομίμως για την γνησιότητα της υπογραφής ότι μέχρι και την ημέρα υποβολής της αίτησής τους είναι:
 - α) ασφαλιστικά ενήμεροι ως προς τις υποχρεώσεις τους, που αφορούν εισφορές κοινωνικής ασφάλισης (κύριας και επικουρικής) και
 - β) φορολογικά ενήμεροι ως προς τις φορολογικές υποχρεώσεις

Η προθεσμία υποβολής των αιτήσεων ορίζεται δια της παρούσης από 22/10/2020 μέχρι και 30/10/2020.

ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ

1. 5^η ΥΠΕ Θεσσαλίας & Στερεάς Ελλάδας
2. Ιατρικό Σύλλογο Φθιώτιδας
3. Δ/ντή Ιατρικής Υπηρεσίας
4. Δ/ντρια Τμ. Νεοτ. Απεικ. Μεθόδων
5. Επιστημονικό Συμβούλιο
6. Οικονομικό Τμήμα

Ο ΔΙΟΙΚΗΤΗΣ ΤΟΥ Γ.Ν.ΛΑΜΙΑΣ

ΑΝΔΡΕΑΣ Ι. ΚΟΛΟΚΥΘΑΣ