



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
4^η Υγειον. Περιφέρεια Μακεδονίας & Θράκης
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΑΒΑΛΑΣ
Υποδιεύθυνση Διοικητικού
Τμήμα Διαχείρισης Ανθρώπινου Δυναμικού

TAX. Δ/ΝΣΗ : Άγιος Σίλας
 TAX. ΚΩΔΙΚΑΣ : 65500 Καβάλα
 ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ : Ε.Βρασίδα
 ΤΗΛΕΦΩΝΟ : 2513501545
 e-mail : iatryp@kavalahospital.gr

ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΤΟΥ Γ.Ν.
ΚΑΒΑΛΑΣ ΜΕ ΙΔΙΩΤΗ ΙΑΤΡΟ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑΣ ΟΥΡΟΛΟΓΙΑΣ ΜΕ ΚΑΘΕΣΤΩΣ
ΕΚΔΟΣΗΣ ΔΕΛΤΙΟΥ ΑΠΟΔΕΙΞΗΣ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ

Ο Διοικητής του Γ.Ν. Καβάλας κ. Γερόπουλος Αχιλλεύς που διορίστηκε με την αριθμ. Γ4β/ΓΠοικ36203/2025. απόφαση του Υπουργείου Υγείας (ΦΕΚ 1046/τ.ΥΟΔΔ/18-8-2025) λαμβάνοντας υπόψη:

- 1.Τις διατάξεις του Ν. 3329/2005 «Εθνικό Σύστημα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και λοιπές διατάξεις» όπως αυτός τροποποιήθηκε και συμπληρώθηκε από τον Ν.3370/05 «Οργάνωση και λειτουργία των υπηρεσιών δημόσιας υγείας και λοιπές διατάξεις» και τον Ν.3527/07 «Κύρωση συμβάσεων υπέρ νομικών προσώπων εποπτευόμενων από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και λοιπές διατάξεις».
2. Τις διατάξεις ΤΟΥ 51^{ου} άρθρου του Ν. 4839/2021 (ΦΕΚ(ΦΕΚ 181/Α/2-11-2021), όπως ισχύει.
3. Τις διατάξεις του άρθρου 98 του Ν. 5243/2025 (ΦΕΚ 187/Α/31-10-2025).
4. Τις διατάξεις του άρθρου 250 του Ν. 5259/2025 (ΦΕΚ 228/Α/12-12-2025)
5. Το αριθμ. 36224/18-12-2025 έγγραφο Διοικητή του ΓΝ Καβάλας με το αριθμ. επισυναπτόμενο 35767/15-12-2025 έγγραφο του Αναπλ. Επιστημονικά Υπεύθυνου του Ουρολογικού τμήματος αναφορικά με την κάλυψη κενών ενεργού (24ωρης) εφημερίας.
- 6.Την αριθμ. 63149/22-12-2025 απόφαση Διοικητή της 4^{ης} Υγειονομικής Περιφέρειας Μακεδονίας και Θράκης περί έγκρισης σύναψης συνεργασίας του ΓΝΚ με ιδιώτη ιατρό ειδικότητας Ουρολογίας υπό το καθεστώς ΑΠΥ.
- 7.Την αριθμ. 2067/24-12-2025 απόφαση Διοικητή του Γ.Ν. Καβάλας περί έγκρισης διενέργειας Πρόσκλησης εκδήλωσης ενδιαφέροντος για συνεργασία με ιδιώτη ιατρό Ουρολογίας με καθεστώς έκδοσης δελτίου Α.Π.Υ.
8. Τον Οργανισμό του Γενικού Νοσοκομείου Καβάλας (Υ4α/οικ.122819/2012 Κ.Υ.Α. ΦΕΚ 3506/Β/31-12-2012) όπως τροποποιήθηκε, συμπληρώθηκε και ισχύει.

ΚΑΛΟΥΜΕ

Ειδικευμένο ιατρό Ουρολογίας για να συνεργαστεί με το Γ.Ν. Καβάλας υπό το καθεστώς έκδοσης από αυτόν δελτίου απόδειξης παροχής υπηρεσιών, για την κάλυψη κενών ενεργού (εικοσιτετράωρης) εφημερίας

α/α	ΦΟΡΕΑΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΦΗΜΕΡΙΩΝ	ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	ΧΡΟΝΙΚΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ
1	ΓΝ ΚΑΒΑΛΑΣ	8	ΟΥΡΟΛΟΓΙΑΣ	06 μήνες

Θέση - Καθήκοντα

Ο ιατρός θα παρέχει τις υπηρεσίες του στο ΓΝ Καβάλας για την πραγματοποίηση έως οχτώ (8) ενεργών (εικοσιτετράωρη) εφημεριών στο Ουρολογικό τμήμα.

Ο ιατρός θα τελεί υπό την εποπτεία του Επιστημονικά Υπεύθυνου – Προϊσταμένου του Ουρολογικού τμήματος και του Δ/ντή Ιατρικής Υπηρεσίας.

Γ.ΑΜΟΙΒΗ

Η αμοιβή των παρεχόμενων υπηρεσιών για την πραγματοποίηση ενεργού (εικοσιτετράωρης) εφημερίας ορίζεται στην παρ. 1 του 51^{ου} άρθρου του Ν. 4839/2021 (ΦΕΚ 181/Α/2-11-2021), όπως ισχύει (διακόσια πενήντα (250) ευρώ ανά εφημερία)

Οι υποψήφιοι πρέπει να:

1. Κατέχουν την Ελληνική ιθαγένεια πλην όσων προέρχονται από κράτη μέλη της Ε.Ε.
2. Να μην έχουν καταδικαστεί για αδικήματα ασυμβίβαστα με την ιδιότητα των Δημοσίων Υπαλλήλων.
3. Οι άντρες υποψήφιοι να έχουν εκπληρώσει τις στρατιωτικές τους υποχρεώσεις ή να κατέχουν Πιστοποιητικό Νόμιμης Απαλλαγής από αυτές.
4. Να κατέχουν τους απαιτούμενους τίτλους σπουδών.
5. Να κατέχουν άδεια άσκησης ιατρικού επαγγέλματος.
6. Να κατέχουν τίτλο αντίστοιχης με τη θέση ιατρικής ειδικότητας.
7. Να έχουν την υγεία και φυσική καταλληλότητα που απαιτείται για την εκτέλεση των καθηκόντων της θέσης που επιλέγουν.
8. Εφόσον επιλεγθούν να προσκομίσουν βεβαίωση έναρξης από την Δ.Ο.Υ. της επαγγελματικής τους έδρας ως επιτηδευματίες.

ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

1. Αίτηση – δήλωση υποψηφιότητας (επισυνάπτεται σχετικό υπόδειγμα)
2. Υπεύθυνη Δήλωση στην οποία θα αναφέρουν ότι δεν έχουν καταδικαστεί για αδικήματα ασυμβίβαστα με την δημοσιοϋπαλληλική ιδιότητα
3. Αντίγραφο αστυνομικού Δελτίου Ταυτότητας
4. Αντίγραφο πτυχίου.

Όλα τα ξενόγλωσσα πτυχία και πιστοποιητικά θα πρέπει απαραίτητως να έχουν μεταφραστεί επίσημα στην ελληνική γλώσσα από τις αρμόδιες προς τούτο αρχές της ημεδαπής. Στα απλά φωτοαντίγραφα των ξενόγλωσσων πτυχίων και πιστοποιητικών θα πρέπει να φαίνεται και η σφραγίδα της Χάγης (APOSTILLE) που έχει τεθεί στο πρωτότυπο πτυχίο ή πιστοποιητικό.

Σύμφωνα με τα οριζόμενα στις υπ' αριθμ. ΔΙΣΚΠΟ/Φ.15/οικ.8342/1-4-2014 (ΑΔΑ: ΒΙΗ0Χ-6ΥΖ) και ΔΙΑΔΠ/Φ Α.2.3/21119/1-9-2014 (ΑΔΑ: ΒΜ3ΛΧ-ΥΝ9) εγκυκλίου του Υπουργείου Διοικητικής Μεταρρύθμισης και Ηλεκτρονικής

Διακυβέρνησης, γίνονται υποχρεωτικά αποδεκτά ευκρινή αντίγραφα ξενόγλωσσων πτυχίων και πιστοποιητικών, υπό την προϋπόθεση να φαίνεται ότι τα αντίγραφα αυτά έχουν επικυρωθεί από δικηγόρο.

5. Αντίγραφο απόφασης άδειας άσκησης Ιατρικού Επαγγέλματος.

6. Αντίγραφο απόφασης χορήγησης τίτλου Ιατρικής Ειδικότητας.

7. Βεβαίωση εγγραφής Ιατρικού Συλλόγου στην οποία να βεβαιώνεται ο συνολικός χρόνος άσκησης του ιατρικού επαγγέλματος, η ασκούμενη ειδικότητα και ο συνολικός χρόνος άσκησης της.

8. Πιστοποιητικά Υγείας από Παθολόγο ή Γενικό Ιατρό και Ψυχίατρο.

9. Φορολογική ενημερότητα.

10. Ασφαλιστική ενημερότητα.

11. Λογαριασμό τραπέζης και IBAN

12. Σύντομο Βιογραφικό Σημείωμα.

ΥΠΟΒΟΛΗ ΑΙΤΗΣΕΩΝ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ

Οι ενδιαφερόμενοι καλούνται να υποβάλλουν την αίτηση συμμετοχής μαζί με τα απαραίτητα δικαιολογητικά είτε αυτοπροσώπως, είτε με άλλο εξουσιοδοτημένο από αυτούς πρόσωπο, εφόσον η εξουσιοδότηση φέρει την υπογραφή τους θεωρημένη από δημόσια αρχή, είτε ταχυδρομικά στην διεύθυνση:

«ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΑΒΑΛΑΣ

ΑΓΙΟΣ ΣΙΛΑΣ Τ.Κ. 65500 ΚΑΒΑΛΑ»

με την ένδειξη «για την πρόσκληση εκδήλωσης ενδιαφέροντος για συνεργασία με ιδιώτη ιατρό Ουρολόγο».

Όσοι ιατροί ενδιαφέρονται για τη θέση, πρέπει να υποβάλλουν αίτηση μέσα σε αποκλειστική προθεσμία επτά (7) ημερών δηλαδή από 30/12/2025 έως και 05-01-2026.

Ως ημερομηνία κατάθεσης σε περίπτωση αποστολής των αιτήσεων ταχυδρομικώς, λογίζεται η ημερομηνία αποστολής του φακέλου, η οποία αποδεικνύεται από τη σφραγίδα ταχυδρομείου ή με αποδεικτικό της εταιρείας ταχυμεταφοράς, ο οποίος φάκελος μετά την αποσφράγιση του επισυνάπτεται στην αίτηση του υποψηφίου.

Αιτήσεις που θα υποβληθούν εκπρόθεσμα δεν θα ληφθούν υπόψη.

Η παρούσα Πρόσκληση Εκδήλωσης Ενδιαφέροντος αναρτάται στο ΔΙΑΥΓΕΙΑ και στην ηλεκτρονική Διεύθυνση του Νοσοκομείου μας (www.kavalahospital.gr). Επίσης αποστέλλεται ηλεκτρονικά στην 4^η Υ.ΠΕ. Μακεδονίας και Θράκης και κοινοποιείται στον Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο και στον Ιατρικό Σύλλογο Καβάλας.

Ο ΔΙΟΙΚΗΤΗΣ του Γ.Ν. ΚΑΒΑΛΑΣ

ΓΕΡΟΠΟΥΛΟΣ ΑΧΙΛΛΕΥΣ

ΑΙΤΗΣΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ -ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ	
	ΠΡΟΣ <u>4η ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ</u> <u>ΚΑΙ ΘΡΑΚΗΣ</u> ΑΡΙΣΤΟΤΕΛΟΥΣ 16, 546 23 ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ
ΟΝΟΜΑ:	Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του
ΕΠΙΘΕΤΟ:	N. 1599/1986, <i>δηλώνω</i> :
ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ:	<i>ότι επιθυμώ να παρέχω τις υπηρεσίες μου ως</i> <i>εξωτερικός συνεργάτης για την κάλυψη κενών ενεργού</i> <i>(24ωρη) εφημερίας για τους ακόλουθους φορείς</i>
ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΡΟΣ:	1. Γ.Ν.ΚΑΒΑΛΑΣ
ΕΤΟΣ ΓΕΝΝΗΣΕΩΣ:	2.
ΑΔΤ ή ΑΡ. ΔΙΑΒΑΤΗΡΙΟΥ:	3.
ΚΑΤΟΙΚΟΣ:	4.
ΟΔΟΣ- ΑΡΙΘΜΟΣ :	<u>Σας υποβάλλω συνημμένα τα ακόλουθα δικαιολογητικά:</u>
ΤΚ:	1. Φωτοτυπία της ταυτότητας ή του διαβατηρίου από το οποίο
ΤΗΛ:	Ι θα προκύπτει ότι ο κάτοχος είναι Έλληνας υπήκοος ή υπήκοος χώρας μέλους της Ευρωπαϊκής Ένωσης ☐
ΚΙΝ. ΤΗΛ:	Οι υπήκοοι τρίτων χωρών θα υποβάλλουν φωτοαντίγραφο του δελτίου παραμονής επί μακρόν ή φωτοαντίγραφο μπλε κάρτας της Ευρωπαϊκής Ένωσης ή φωτοαντίγραφο δελτίου άδειας παραμονής ομογενούς ή φωτοαντίγραφο δελτίου παραμονής δεύτερης γενιάς. ☐
ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ:	2. Φωτοαντίγραφο πτυχίου Ελληνικού Πανεπιστημίου ή Πανεπιστημίου κράτους μέλους της Ευρωπαϊκής Ένωσης το οποίο θα συνοδεύεται από φωτοαντίγραφο της μετάφρασης και φωτοαντίγραφο της ισοτιμίας ΔΟΑΤΑΠ, όπου αυτό απαιτείται ή πτυχίου χώρας εκτός Ευρωπαϊκής Ένωσης, το οποίο θα συνοδεύεται από φωτοαντίγραφο της μετάφρασης και φωτοαντίγραφο της ισοτιμίας ΔΟΑΤΑΠ. ☐
ΘΕΜΑ: ΥΠΟΒΟΛΗ ΑΙΤΗΣΗΣ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ, σύμφωνα με τις διατάξεις του πεντηκοστού πρώτου άρθρου του Ν. 4839/2021 όπως ισχύουν	3. Φωτοαντίγραφο άδειας άσκησης ιατρικού επαγγέλματος στη χώρα μας. ☐
ΣΥΝΗΜΜΕΝΑ:Δικαιολογητικά	4. Βεβαίωση Ιδιότητας Μέλους Ιατρικού Συλλόγου. ☐
(Συμπληρώνεται ο αριθμός των δικαιολογητικών που υποβάλλονται)	5. Άδεια χρήσης τίτλου ιατρικής ειδικότητας. ☐
	6. Βεβαίωση έναρξης ως επηδευματία & ασφαλιστική ενημερότητα ☐
	7. Πιστοποιητικό εμβολιασμού ☐
	8. Αριθμό Λογαριασμού Τραπέζης & IBAN
	Ημερομηνία
	Ο/Η Απών/ούσα

Ακριβές Αντίγραφο
Κεντρικό Πρωτόκολλο
ΤΑΜΠΑΚΟΥΔΗ ΑΡΓΥΡΩ