



**ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ
ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ
ΚΕΝΤΡΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ ΙΟΝΙΩΝ ΝΗΣΩΝ –Ο.Δ.Α.Ζ.
(Κ.Κ.Π.Π.Ι.Ν) – Ν.Π.Δ.Δ.**

Ταχ. Δ/ση: Ιεράρχου Μιχαλίτση 1
Τ.Κ.: 291 00, Ζάκυνθο
Πληροφορίες: Γραμματεία
Τηλέφωνο: 26953 60821
Fax: 26950 28868
email: kkppin4@1736.syzefxis.gov.gr

Ζάκυνθος 20/06/2019
Αρ. πρωτ.: οικ. 1503

ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗ - ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ

για την παροχή ανεξάρτητων ιατρικών υπηρεσιών από Ιατρούς διαφόρων ειδικοτήτων με αμοιβή κατά πράξη και επίσκεψη.

Το Κέντρο Κοινωνικής Πρόνοιας Περιφέρειας Ιονίων Νήσων, έχοντας υπόψη τις διατάξεις:

1. του άρθρου 16 “Πρόσληψη προσωπικού σε προνοιακά ιδρύματα” του Ν. 2072/1992 (ΦΕΚ Α’125) “Ρύθμιση επαγγέλματος ειδικού τεχνικού προθετικών και ορθωτικών κατασκευών και λοιπών ειδών αποκατάστασης και άλλες διατάξεις”.
2. του Ν. 2362/1995 (ΦΕΚ Α’247) “Περί Δημοσίου Λογιστικού, ελέγχου δαπανών του Κράτους και άλλες διατάξεις”, όπως έχει τροποποιηθεί με τον Ν.4270/2014 (ΦΕΚ Α’143) και ισχύει.
3. των παρ. 5, 6, και 7 του άρθρου 9 του Ν. 4052/2012 (ΦΕΚ) «Νόμος αρμοδιότητας Υπουργείων Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης για εφαρμογή του νόμου «Έγκριση των Σχεδίων Συμβάσεων Χρηματοδοτικής Διευκόλυνσης μεταξύ του Ευρωπαϊκού Ταμείου Χρηματοπιστωτικής Σταθερότητας (Ε.Τ.Χ.Σ.), της Ελληνικής Δημοκρατίας και της Τράπεζας της Ελλάδος, του Σχεδίου του Μνημονίου Συνεννόησης μεταξύ της Ελληνικής Δημοκρατίας, της Ευρωπαϊκής Επιτροπής και της Τράπεζας της Ελλάδος και άλλες επείγουσες διατάξεις για τη μείωση του δημοσίου χρέους και τη διάσωση της εθνικής οικονομίας» και άλλες διατάξεις.
4. του άρθρου 9 “Συγχώνευση Μονάδων Κοινωνικής Φροντίδας (Μ.Κ.Φ.) σε συνιστώμενα ανά Περιφέρεια, νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου” του Ν.4109/2013(ΦΕΚ Α’16) “Κατάργηση και συγχώνευση νομικών προσώπων του Δημοσίου και του ευρύτερου δημόσιου τομέα – Σύσταση Γενικής Γραμματείας για το συντονισμό του κυβερνητικού έργου και άλλες διατάξεις”, όπως έχει τροποποιηθεί και ισχύει.
5. Του Π.Δ. 80/2016 (ΦΕΚ Β’145) “Ανάληψη υποχρεώσεων από τους διατάκτες”.
6. Τη με αρ.76η/13ης Συνεδρίασης/18-06-2019 Απόφαση του Διοικητικού Συμβουλίου με θέμα σχετικά με Ιατρούς ειδικοτήτων.

ΠΡΟΣΚΑΛΕΙ

Τους ενδιαφερόμενους/νες να υποβάλλουν αίτηση για κατάρτιση ιδιωτικού συμφωνητικού παροχής ανεξάρτητων ιατρικών υπηρεσιών με αμοιβή κατά πράξη και επίσκεψη με το Κ.Κ.Π.Π.Ι.Ν.-Ο.Δ.Α.Ζ. που εδρεύει στη Ζάκυνθο.

Το Κ.Κ.Π.Π.Ι.Ν.-Ο.Δ.Α.Ζ., προκειμένου και καλύψει τις κατεπείγουσες ανάγκες του, πρόκειται να συνάψει ιδιωτικά συμφωνητικά παροχής ανεξάρτητων ιατρικών υπηρεσιών με δύο (2) Ιατρούς ειδικοτήτων, ως ακολούθως:

ΠΙΝΑΚΑΣ

ΚΕΝΤΡΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ ΙΟΝΙΩΝ ΝΗΣΩΝ-ΟΔΑΖ			
ΘΕΣΕΙΣ	ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ- ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΠΟΣΟ ΑΜΟΙΒΗΣ	ΧΡΟΝΙΚΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ
ΜΙΑ (1)	ΠΕ Ιατρός Παθολόγος	7.500,00€	Έξι (6) μήνες- 14 ώρες/εβδομάδα
ΜΙΑ (1)	ΠΕ Ιατρός Ορθοπεδικός	1.250,00	Έξι (6) μήνες- 2 ώρες/εβδομάδα

για την ιατρική παρακολούθηση και φροντίδα των περιθαλπομένων στο Κέντρο Κοινωνικής Πρόνοιας Περιφέρειας Ιονίων Νήσων- Ο.Δ.Α.Ζ.

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ – ΓΕΝΙΚΟΙ ΟΡΟΙ

Η παροχή ανεξάρτητων ιατρικών υπηρεσιών από τον Ιατρό προκειμένου ο τελευταίος, με δική του ευθύνη και πρωτοβουλία να ασκεί την επιστήμη του και να αντιμετωπίζει το εκάστοτε περιστατικό περιθαλπόμενου στο ΚΚΠΠΝ-ΟΔΑΖ, που χρειάζεται ιατρική παρακολούθηση, σύμφωνα με την επιστημονική του γνώση και τους κανόνες της ιατρικής επιστήμης, με τους πιο κάτω ειδικότερους όρους και συμφωνίες:

1. Αντικείμενο Ανεξάρτητων Υπηρεσιών

1.1. Ο Ιατρός θα παρέχει τις ανεξάρτητες υπηρεσίες του σε περιθαλπόμενους - σύμφωνα με τις επιστημονικές του γνώσεις, τα διδάγματα και τους κανόνες της ιατρικής επιστήμης και την επιστημονική του εμπειρία.

1.2. Ο Ιατρός δηλώνει ότι έχει τη δυνατότητα και τις ουσιαστικές και τυπικές προϋποθέσεις να ανταποκριθεί στα καθήκοντα που συνεπάγεται η θέση αυτή. Ο Ιατρός υπεύθυνα δηλώνει ότι έχει προσκομίσει ήδη στο Κέντρο τα προβλεπόμενα για την προβλεπόμενη στο Συμφωνητικό συνεργασία έγγραφα, τη γνησιότητα και εγκυρότητα των οποίων επιβεβαιώνει και δια του παρόντος.

1.3. Ρητά συμφωνείται και γίνεται αποδεκτό μεταξύ των μερών, ότι ο Ιατρός κατά την άσκηση των καθηκόντων του και την παροχή των υπηρεσιών του προς τους περιθαλπόμενους του Κέντρου δεν υπόκειται σε έλεγχο ή εποπτεία περί του τρόπου παροχής των υπηρεσιών του και διενέργειας των ιατρικών του πράξεων από το Κέντρο ή τους εκπροσώπους ή προστηθέντες αυτού. Ως εκ τούτου ο Ιατρός κατά την άσκηση των ιατρικών του καθηκόντων είναι ο ίδιος μόνος αποκλειστικά υπεύθυνος για την ορθή παροχή των ανεξαρτήτων υπηρεσιών του προς τους περιθαλπόμενους του Κ.Κ.Π.Π.Ι.Ν, με βάση την επιστημονική του κατάρτιση, γνώση και εμπειρία, τον Κώδικα Ιατρικής Ηθικής και Δεοντολογίας και τον εκάστοτε ισχύοντα εσωτερικό κανονισμό λειτουργίας του Κέντρου.

2. Υποχρεώσεις Ιατρού

2.1. Ο Ιατρός της ειδικότητας Παθολόγου, αναλαμβάνει να είναι διαθέσιμος να παρέχει τις ιατρικές του υπηρεσίες στην προαναφερόμενη δομή του Κέντρου Κοινωνικής Πρόνοιας ΠΠΝ για εξέταση των ατόμων που χρήζουν ιατρικής παρακολούθησης, καθημερινώς, τουλάχιστον δύο ώρες (2) ημερησίως σε πρωινό και απογευματινό ωράριο, το Σαββάτο και την Κυριακή σε πρωινό ωράριο, με συχνότητα επτά (7) ημέρες την εβδομάδα σύμφωνα με τις ανάγκες του Κέντρου. Οι δε ειδικότητες των ιατρών που οι εβδομαδιαίες ώρες απασχόλησης είναι δύο (2) θα καλύπτουν μεμονωμένα περιστατικά. Επίσης αναλαμβάνουν την υποχρέωση ιατρικής ετοιμότητας κάλυψης εκτάκτων περιστατικών.

2.2 Ο Ιατρός κατά την άσκηση των καθηκόντων του οφείλει να συνεργάζεται αρμονικά με τη Διοίκηση του Κέντρου, τους συναδέλφους του Ιατρούς, με την ιατρική-επιστημονική-νοσηλευτική ομάδα, το λοιπό προσωπικό (διοικητικό, βοηθητικό κ.λ.π.), καθώς και με τους συνεργάτες του Κ.Κ.Π.Π.Ι.Ν.-Ο.Δ.Α.Ζ.

2.3 Ο Ιατρός δεσμεύεται ότι θα παρέχει τις ανεξάρτητες ιατρικές του υπηρεσίες και θα εξυπηρετεί στη δύναμη επιφυλακής της ιατρικής, νοσηλευτικής και επιστημονικής ομάδας του Κ.Κ.Π.Π.Ι.Ν.-Ο.Δ.Α.Ζ, σύμφωνα με τις ανάγκες του Κέντρου. Ο ιατρός υποχρεούται να ειδοποιεί εγγράφως το Κέντρο για την ύπαρξη κωλύματος παροχής των υπηρεσιών του (απουσία από τη Ζάκυνθο ή ασθένεια).

2.4 Ο Ιατρός οφείλει να προβαίνει σε οιαδήποτε ιατρική πράξη με βάση τις επιστημονικές γνώσεις του, τα διδάγματα και τους κανόνες της ιατρικής επιστήμης, οφείλει να τηρεί την ιατρική ηθική και δεοντολογία καθώς και το ιατρικό απόρρητο των περιθαλπομένων του Κ.Κ.Π.Π.Ι.Ν.-Ο.Δ.Α.Ζ.

2.5 Ο Ιατρός απαγορεύεται να ανακοινώνει προς οποιονδήποτε τρίτο και να δημοσιοποιεί με οποιοδήποτε τρόπο στοιχεία που αφορούν τη διοίκηση και λειτουργία του Κ.Κ.Π.Π.Ι.Ν.-Ο.Δ.Α.Ζ.

2.6 Ο Ιατρός απαγορεύεται να ανακοινώνει προς οποιονδήποτε τρίτο και να δημοσιοποιεί με οποιονδήποτε τρόπο στοιχεία των περιθαλπόμενων του Κ.Κ.Π.Π.Ι.Ν.-Ο.Δ.Α.Ζ.

2.7 Ο Ιατρός δεσμεύεται ότι θα επικαιροποιεί σε τακτά χρονικά διαστήματα τις ήδη υπάρχουσες εκθέσεις με την ιατρική κατάσταση των περιθαλπομένων και θα δημιουργεί – συντηρεί σχετικό ιατρικό φάκελο για τον καθένα.

3. Αμοιβή - Οικονομικοί Όροι

3.1. Ρητά συμφωνείται μεταξύ των συμβαλλομένων μερών ότι στον Ιατρό θα καταβάλλεται το ποσό που καθορίζεται ανωτέρω, συμπεριλαμβανομένης και της παροχής τηλεφωνικών ιατρικών κατευθύνσεων και σε καμία περίπτωση δεν θα υπερβαίνει το ανωτέρω ποσό ανά ειδικότητα, μη συμπεριλαμβανομένης της νόμιμης παρακράτησης φόρου.

Σε περίπτωση έκτακτης επίσκεψης θα καταβάλλεται επιπλέον ποσό ύψους πενήντα (50,00 €) ευρώ.

3.2. Ο αρμόδιος Συντονιστής του Κέντρου θα βεβαιώνει τον κατάλογο των επισκέψεων που πραγματοποιούνται από τον Ιατρό κατά τη διάρκεια του μήνα.

3.3. Τα καταβαλλόμενα ποσά καθορίζονται από την ισχύουσα κάθε φορά σχετική Υπουργική Απόφαση και είναι σε συνάρτηση με τον αριθμό των επισκέψεων που πραγματοποιήθηκαν, ενώ υπόκεινται σε όλες τις εκάστοτε ισχύουσες νόμιμες κρατήσεις.

3.4. Ο Ιατρός δηλώνει ότι αναγνωρίζει ότι οι συναφθέντες οικονομικοί όροι είναι δίκαιοι, εύλογοι και ικανοποιητικοί για τον ίδιο και ανάλογοι των υπηρεσιών που θα παρέχει.

3.5. Λόγω της φύσης του ιδιωτικού συμφωνητικού ως παροχή ανεξαρτήτων ιατρικών υπηρεσιών, τα συμβαλλόμενα μέρη ρητά συμφωνούν ότι το Κ.Κ.Π.Π.Ι.Ν.- Ο.Δ.Α.Ζ. ουδεμία υποχρέωση έχει έναντι του Ιατρού για την καταβολή μέρους ή του συνόλου των ασφαλιστικών εισφορών του, τις οποίες υποχρεούται να καταβάλει ο ίδιος εξ ιδίων πόρων στους οργανισμούς κοινωνικής ασφάλισης στους οποίους υπάγεται.

4. Λοιποί Όροι

4.1. Το ιδιωτικό συμφωνητικό παροχής ανεξάρτητων ιατρικών υπηρεσιών ισχύει για χρονικό διάστημα έξι (6) μηνών με δυνατότητα παράτασης.

4.2. Σε περίπτωση που για οποιοδήποτε λόγο λυθεί νωρίτερα το ιδιωτικό συμφωνητικό ο Ιατρός είναι υποχρεωμένος να επιστρέψει και να παραδώσει στο Κέντρο χωρίς καθυστέρηση τυχόν αρχεία, έγγραφα άλλα αντικείμενα και κάθε είδους στοιχεία, τα οποία αφορούν υποθέσεις του ΚΚΠΠΙΝ-ΟΔΑΖ και συνεχίζουν να βρίσκονται στην κατοχή του λόγω της εκτέλεσης των υπηρεσιών του ή στην κατοχή τρίτου για λογαριασμό του, καθώς και όλα τα αντικείμενα κυριότητας του ΚΚΠΠΙΝ-ΟΔΑΖ, τα οποία περιήλθαν καθ' οιονδήποτε τρόπο στην κατοχή του ή στην κατοχή τρίτου για λογαριασμό του κατά την παροχή των υπηρεσιών του στο Κέντρο ή εξ αφορμής αυτής, διαφορετικά ευθύνεται για κάθε είδους θετική και αποθετική ζημία, που θα επέλθει στο Κέντρο από την αιτία αυτή.

4.3. Σε κάθε περίπτωση το Κ.Κ.Π.Π.Ι.Ν.-Ο.Δ.Α.Ζ. διατηρεί το δικαίωμα να μεταβάλλει μονομερώς, σύμφωνα με τις ανάγκες περίθαλψης και ιατρικής παρακολούθησης των περιθαλπομένων του, το όριο των ιατρικών επισκέψεων που θα πραγματοποιεί ο Ιατρός καθ' όλη τη διάρκεια ισχύος του συμφωνητικού.

4.4. Το Κ.Κ.Π.Π.Ι.Ν.-Ο.Δ.Α.Ζ. διατηρεί το δικαίωμα αντικατάστασης του Ιατρού και λύσης του παρόντος συμφωνητικού, σε περίπτωση πρόσληψης μόνιμων ή επικουρικών Ιατρών ή λόγω πλημμελούς παροχής υπηρεσιών από τον Ιατρό ή σε κάθε περίπτωση κρίνει σκόπιμη τη διακοπή συνεργασίας του με τον Ιατρό. Στην περίπτωση αυτή θα λύεται άμεσα το παρόν με τη γνωστοποίηση της καταγγελίας και λύσης αυτού στον Ιατρό, ο οποίος δεν θα έχει ουδεμία απαίτηση έναντι του Κ.Κ.Π.Π.Ι.Ν.-Ο.Δ.Α.Ζ.. Στην περίπτωση αυτή θα καταβάλλεται στον Ιατρό το ποσό που αντιστοιχεί στις ιατρικές επισκέψεις που πραγματοποίησε μέχρι την λύση του παρόντος.

4.5. Τυχόν ακυρότητα ενός ή περισσότερων όρων του Συμφωνητικού δεν το καθιστά ολόκληρο άκυρο.

4.6. Οποιαδήποτε διαφορά μεταξύ του Κέντρου και του Ιατρού θα επιλύεται συναινετικά σε πνεύμα αμοιβαίας εμπιστοσύνης και καλής θελήσεως. Σε περίπτωση μη συμφωνίας αρμόδια για τη δικαστική επίλυση των διαφορών των μερών ορίζονται τα Δικαστήρια της Ζακύνθου.

4.7. Οι εν λόγω ιατρικές υπηρεσίες αποτελούν αποκλειστικά και μόνο παροχή ανεξάρτητων ιατρικών υπηρεσιών και σε καμία περίπτωση σχέση εξαρτώμενης εργασίας και θα παύσουν να παρέχονται αυτομάτως από της ανάληψης υπηρεσίας από τους Ιατρούς που θα προσληφθούν από το Φορέα.

ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΠΡΟΣΩΝΤΑ

- Πτυχίο ή Δίπλωμα Ιατρικής Α.Ε.Ι της ημεδαπής ή ισότιμο πτυχίο ή δίπλωμα Ιατρικής σχολών της αλλοδαπής
- Άδεια άσκησης ιατρικού επαγγέλματος
- Άδεια χρήσης τίτλου ειδικότητας

ΥΠΟΒΟΛΗ ΑΙΤΗΣΕΩΝ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ / ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

Οι ενδιαφερόμενοι/ες καλούνται να υποβάλουν αίτηση με τα απαιτούμενα δικαιολογητικά είτε αυτοπροσώπως, είτε με άλλο εξουσιοδοτημένο από αυτούς πρόσωπο, εφόσον η εξουσιοδότηση φέρει την υπογραφή τους θεωρημένη από δημόσια αρχή, είτε ταχυδρομικώς.

Στην περίπτωση αποστολής των αιτημάτων ταχυδρομικώς, το εμπρόθεσμο των αιτήσεων κρίνεται με βάση την ημερομηνία που φέρει ο φάκελος αποστολής, ο οποίος μετά την αποσφράγιση του επισυνάπτεται στην αίτηση του υποψήφιου.

Η προθεσμία υποβολής των αιτήσεων και δικαιολογητικών ορίζεται σε είκοσι (20) ημερολογιακές ημέρες από την επομένη της ανάρτησης της Πρόσκλησης στο Πρόγραμμα “Διαύγεια” ήτοι έως 10/07/2018.

Ειδικότερα πρέπει να υποβληθεί Αίτηση στη Γραμματεία του Κ.Κ.Π.Π.Ι.Ν.-Ο.Δ.Α.Ζ. . (οδός Ιερ. Μιχαλίτση 1, Ζάκυνθο) ή ενιαίος σφραγισμένος φάκελος συμμετοχής στη διεύθυνση:

ΚΕΝΤΡΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ ΙΟΝΙΩΝ ΝΗΣΩΝ-Ο.Δ.Α.Ζ., Ιερ. Μιχαλίτση 1, 291 00 Ζάκυνθο.

ο οποίος θα φέρει την ένδειξη: “Γραμματεία - Αίτηση συμμετοχής στη με αρ. πρωτ.: 1503/20-06-2019 “Πρόσκληση εκδήλωσης ενδιαφέροντος”

Η Αίτηση εκδήλωσης ενδιαφέροντος (οι υποψήφιοι/ες μπορούν να αναζητήσουν το έντυπο της αίτησης στο Κ.Κ.Π.Π.Ι.Ν.-Ο.Δ.Α.Ζ.) θα περιλαμβάνει υποχρεωτικά επί ποινή αποκλεισμού τα κάτωθι:

1. Αντίγραφο τίτλου σπουδών
2. Αντίγραφο τίτλου ειδικότητας
3. Άδεια άσκησης επαγγέλματος
4. Αντίγραφο αστυνομικής ταυτότητας
5. Βιογραφικό Σημείωμα

Κατά την επιλογή θα συνεκτιμηθούν τα τυπικά και ουσιαστικά προσόντα, βάσει των κάτωθι στοιχείων μοριοδότησης:

Βαθμολόγηση τυπικών και ειδικών προσόντων Κριτήρια βαθμολόγησης Μόρια Βαθμός τίτλου σπουδών Βασικός τίτλος σπουδών 5 μόρια x το βαθμό του πτυχίου Προϋπηρεσία συναφής με την αντίστοιχη ειδικότητα Συναφής υπηρεσία έως πέντε (5) έτη 7 μόρια ανά έτος Άλλα κριτήρια Συνέντευξη 10 μόρια

Ανάρτηση ολόκληρης της Πρόσκλησης θα γίνει στον Ιατρικό Σύλλογο Ζακύνθου, στον χώρο ανακοινώσεων της έδρας Κ.Κ.Π.Π.Ι.Ν.-Ο.Δ.Α.Ζ. και στο Πρόγραμμα “Διαύγεια” .

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ Δ.Σ./Κ.Κ.Π.Π.Ι.Ν

ΣΤΑΘΗΣ ΜΠΙΕΤΙΝΗΣ



**ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ
ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ
ΚΕΝΤΡΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ ΙΟΝΙΩΝ ΝΗΣΩΝ (Κ.Κ.Π.Π.Ι.Ν.-Ο.Δ.Α.Ζ.) – Ν.Π.Δ.Δ.**

Α Ι Τ Η Σ Η

**ΠΡΟΣ :
ΚΕΝΤΡΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ ΙΟΝΙΩΝ ΝΗΣΩΝ-Ο.Δ.Α.Ζ.
(Κ.Κ.Π.Π.Ι.Ν.-Ο.Δ.Α.Ζ.) - Ν.Π.Δ.Δ.**

Επώνυμο:

Όνομα:.....

Όνομα Πατρός:

Α.Δ.Τ.:

Α.Φ.Μ.:

Τόπος κατοικίας:

Οδός:

Αρ.:..... Τ.Κ.:

Τηλέφωνο σταθερό:

Τηλέφωνο κινητό:

Παρακαλώ να εξετάσετε το αίτημά μου για κατάρτιση Ιδιωτικού Συμφωνητικού παροχής ανεξάρτητων ιατρικών υπηρεσιών ως Ιατρού ειδικότητας σύμφωνα με την αρ. Πρωτ.:οικ. 1503/20-06-2019 Ανακοίνωση - Πρόσκληση εκδήλωσης ενδιαφέροντος.

Συνημμένα υποβάλλω:

1. Αντίγραφο τίτλου σπουδών
2. Αντίγραφο τίτλου ειδικότητας
3. Άδεια άσκησης επαγγέλματος
4. Αντίγραφο αστυνομικής ταυτότητας
5. Βιογραφικό Σημείωμα

Ημερομηνία/...../2019

Η/Ο ΑΙΤ.....