



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
5^η Υγειονομική Περιφέρεια
Θεσσαλίας & Στερεάς Ελλάδας

Καρδίτσα: 2 /3/2026

Αρ. Πρωτ.: 3512

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΑΡΔΙΤΣΑΣ
Τμήμα : Διαχείρισης Ανθρώπινου Δυναμικού
Ταχ. Δ/ση: Τέρμα Ταυρωπού
Τ.Κ. :43100, Καρδίτσα
Τηλ.: 24413-51339-171
E-mail: prosopiku@noskard.gr

ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ ΓΙΑ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΙΔΙΩΤΗ
ΙΑΤΡΟ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑΣ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗΣ, ΜΕ ΚΑΘΕΣΤΩΣ ΕΚΔΟΣΗΣ ΔΕΛΤΙΟΥ
ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ

Ο Διοικητής του Γενικού Νοσοκομείου Καρδίτσας, έχοντας υπόψη:

1. Τις διατάξεις του Ν. 3329/2005 «Εθνικό Σύστημα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και λοιπές διατάξεις», όπως τροποποιήθηκε και συμπληρώθηκε από τον Ν. 3370/2005 «Οργάνωση και λειτουργία των υπηρεσιών δημόσιας υγείας και λοιπές διατάξεις» και τον Ν. 3527/2007 «Κύρωση Συμβάσεων υπέρ νομικών προσώπων εποπτευόμενων από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και λοιπές διατάξεις»
2. Τις διατάξεις της παρ. 1 του άρθρου 41 του Ν. 4058/2012 (ΦΕΚ 63/Α'/2012) όπως τροποποιήθηκε και ισχύει.
3. Το με αρ. πρωτ. Γ4β/οικ.6136/4-2-2025 διευκρινιστικό έγγραφο του Υπουργείου Υγείας με θέμα «Σχετικά με αιτήματα περί έγκρισης πρόσληψης λοιπού, πλην ιατρών, επικουρικού προσωπικού και περί συνεργασίας με ιδιώτες με καθεστώς έκδοσης απόδειξης παροχής υπηρεσιών» στο οποίο αναφέρεται ότι «β ii) το χρονικό διάστημα απασχόλησης το οποίο δεν δύναται να ξεπερνά τους δώδεκα μήνες»
4. Την με αρ. 1179/18-9-2025 (ΑΔΑ: ΡΞΑΕ4690ΒΙ-ΥΟΕ) Απόφαση Διοικητή του Γενικού Νοσοκομείου Καρδίτσας.
5. Την με αρ. πρωτ. 4946/19-3-2025 και την με αρ.πρωτ.21967/8-12-2025 Βεβαίωση Δέσμευσης Πίστωσης του Γενικού Νοσοκομείου Καρδίτσας.
6. Την υπ' αριθμ. πρωτ. Β2α,Β1α/οικ.55514/10-12-2025 βεβαίωση του Γ.Δ.Ο.Υ του Υ.Υ.
7. Την με αρ. πρωτ. Γ4β/20243/30-12-2025 (εισερχόμενο 23385/30-12-2025) Απόφαση του Υπουργείου Υγείας με θέμα «Έγκριση συνεργασίας του Γενικού Νοσοκομείου Καρδίτσας με έναν (1) ιατρό ειδικότητας Παιδιατρικής, με καθεστώς έκδοσης δελτίου παροχής υπηρεσιών».
8. Την αρ. 3/1/29-1-2026 Απόφαση της Συνεδρίασης του Διοικητικού Συμβουλίου του Γενικού Νοσοκομείου Καρδίτσας, με θέμα: «Λήψη απόφασης σχετικά με τον καθορισμό ημερομισθίου για την συνεργασία με έναν (1) γιατρό ειδικότητας Παιδιατρικής με καθεστώς Α.Π.Υ.» (ΑΔΑ:9Θ1Ι4690ΒΙ-ΒΦΦ).

9. Τον οργανισμό του Γενικού Νοσοκομείου Καρδίτσας ο οποίος δημοσιεύθηκε στο ΦΕΚ 3518/τ.Β31-12-2012, σύμφωνα με την αριθμ. Υ4Α/ΟΙΚ. 120938 Κοινή υπουργική Απόφαση, όπως τροποποιήθηκε και ισχύει.

10. Τις υπηρεσιακές ανάγκες για την ομαλή και εύρυθμη λειτουργία της Παιδιατρικής Κλινικής του Νοσοκομείου.

Προσκαλεί

Τους ενδιαφερόμενους για συνεργασία με το Γενικό Νοσοκομείο Καρδίτσας και συγκεκριμένα ενός (1) ιδιώτη ΠΕ Ιατρού, ειδικότητας Παιδιατρικής, με καθεστώς έκδοσης Δελτίου Παροχής Υπηρεσιών για χρονικό διάστημα έξι (6) μηνών και με δικαίωμα παράτασης επιπλέον έξι (6) μήνες, που θα αφορά παροχή υπηρεσιών για πέντε (5) πρωινά εβδομαδιαίως, σύμφωνα με το τακτικό ωράριο των Νοσοκομειακών Ιατρών (Επτάωρο συνεχές), με ημερομίσθιο 84,68 € (μικτά), για πενήνήμερη εργασία ανά εβδομάδα, και ένταξη στο πρόγραμμα εφημεριών, σύμφωνα με το μηνιαίο πρόγραμμα της Παιδιατρικής Κλινικής, για επτά (7) ενεργείς εφημερίες. Οι εφημερίες θα υπολογίζονται με βάση την ημερήσια ενεργή εφημερία ενός Επιμελητή Β', μετά από την αύξηση 20% που επήλθε με τις διατάξεις του άρθρου 36 του Νόμου 5092/2024 (ΦΕΚ 33/04-03-2024), τ Α'), ήτοι:

Καθημερινή με 166,56 € / εφημερία (μικτά)

Σάββατο με 225,82 € / εφημερία (μικτά)

Κυριακή με 242,76 € / εφημερία (μικτά)

ΓΕΝΙΚΑ ΠΡΟΣΟΝΤΑ ΠΡΟΣΛΗΨΗΣ:

1. Να έχουν την ελληνική ιθαγένεια ή ιθαγένεια κράτους-μέλους της Ευρωπαϊκής Ένωσης.
2. Να έχουν την υγεία και την 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 Δ.Ο.Υ. ως επιτηδευματίες.

ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΑ ΠΡΟΣΟΝΤΑ:

1. Πτυχίο Ιατρικής.
2. Άδεια άσκησης ιατρικού επαγγέλματος.
3. Άδεια χρησιμοποίησης τίτλου της αντίστοιχης Ιατρικής ειδικότητας.
4. Βεβαίωση ιδιότητας μέλους Ιατρικού Συλλόγου, η οποία ιδιότητα πρέπει να υφίσταται τόσο κατά το χρόνο υποβολής της αιτήσεως και της λήξης της προθεσμίας υποβολής των Ηλεκτρονικών αιτήσεων, όσο και κατά το χρόνο υπογραφής της Σύμβασης.
5. Από τις ανωτέρω άδειες ή βεβαιώσεις ή την επαγγελματικής ταυτότητα, η οποίες πρέπει να είναι σε ισχύ, τόσο κατά το χρόνο υποβολής της αίτησης-υπεύθυνης δήλωσης και της λήξεως προθεσμίας αυτής, όσο και κατά το χρόνο υπογραφής της σύμβασης, πρέπει να αποδεικνύεται τότε ακριβώς απέκτησε ο υποψήφιος τη συγκεκριμένη άδεια ή βεβαίωση ή επαγγελματική ταυτότητα, που απαιτείται από την παρούσα, προκειμένου να προσμετρηθεί το κριτήριο της εμπειρίας από τη λήψη αυτών.

ΠΡΟΣΘΕΤΑ ΣΥΝΕΚΤΙΜΩΜΕΝΑ ΠΡΟΣΩΝΤΑ:

Επιπλέον ακαδημαϊκά προσόντα (Μεταπτυχιακός ή Διδακτορικός τίτλος).

ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΚΑΤΑΤΑΞΗΣ:

Θα επιλεγεί ο υποψήφιος που πληροί τα γενικά και υποχρεωτικά προσόντα και συγκεντρώνει τα περισσότερα συν εκτιμώμενα προσόντα με βάση την σειρά που έχουν τεθεί.

ΥΠΟΒΟΛΗ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΩΝ:

Τα δικαιολογητικά που απαιτούνται και θα κατατεθούν με την αίτηση υποψηφιότητας είναι τα εξής:

1. Αίτηση (Παράρτημα 1).
2. Υπεύθυνη δήλωση στην οποία θα αναφέρουν ότι δεν έχουν καταδικαστεί για αδικήματα ασυμβίβαστα με την δημοσιοϋπαλληλική ιδιότητα. (Παράρτημα 1).
3. Αντίγραφο αστυνομικού δελτίου ταυτότητας.
4. Πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης.
5. Αντίγραφο πτυχίου, στο οποίο θα αναγράφεται αριθμητικά και ο Βαθμός Επίδοσης. Σε περίπτωση πτυχίου πανεπιστημίου της αλλοδαπής απαιτείται το πτυχίο με την σφραγίδα της Χάγης, η επίσημη μετάφρασή του και η απόφαση ισοτιμίας του ΔΟΑΤΑΠ, όπου απαιτείται. Όλα τα ξενόγλωσσα πτυχία και πιστοποιητικά θα πρέπει απαραίτητως να έχουν μεταφραστεί 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. Σε κάθε περίπτωση σύμφωνα με τα οριζόμενα στις 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 Εσωτερικών και Διοικητικής Ανασυγκρότησης, γίνονται υποχρεωτικά αποδεκτά ευκρινή φωτοαντίγραφα ξενόγλωσσων πτυχίων και πιστοποιητικών, υπό την προϋπόθεση ότι τα έγγραφα αυτά έχουν επικυρωθεί από δικηγόρο.
6. Αντίγραφο απόφασης άδειας ασκήσεως ιατρικού επαγγέλματος.
7. Αντίγραφο άδειας χρησιμοποίησης τίτλου ιατρικής ειδικότητας.
8. Βεβαίωση εγγραφής στον οικείο Ιατρικό Σύλλογο, στην οποία να βεβαιώνεται ο συνολικός χρόνος άσκησης του ιατρικού επαγγέλματος, η ασκούμενη ειδικότητα και ο συνολικός χρόνος άσκησής της.
9. Πιστοποιητικά υγείας από Παθολόγο ή Γενικό Ιατρό και Ψυχίατρο.
10. Φορολογική Ενημερότητα.
11. Ασφαλιστική Ενημερότητα.
12. Βιογραφικό.

ΥΠΟΒΟΛΗ ΑΙΤΗΣΕΩΝ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ

Οι ενδιαφερόμενοι καλούνται να υποβάλλουν αίτηση συμμετοχής με τα απαραίτητα δικαιολογητικά αυτοπροσώπως, είτε με άλλο εξουσιοδοτημένο από αυτούς πρόσωπο, είτε και ταχυδρομικά με συστημένη επιστολή ή με εταιρεία ταχυμεταφοράς (σε κλειστό φάκελο) **από**

Τρίτη 3/3/2026 έως και Δευτέρα 9/3/2026 και ώρα 14.30μμ στη Γραμματεία (Πρωτόκολλο) του Γενικού Νοσοκομείου Καρδίτσας κατά τις εργάσιμες ημέρες και ώρες στη Διεύθυνση «ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΑΡΔΙΤΣΑΣ, Τέρμα Ταυρωπού, Τ.Κ. 43100, Καρδίτσα», με την ένδειξη: «**Πρόσκληση εκδήλωσης ενδιαφέροντος για την συνεργασία του Γενικού Νοσοκομείου Καρδίτσας με έναν (1) γιατρό ειδικότητας Παιδιατρικής, με καθεστώς Α.Π.Υ.**». Για τις αιτήσεις που θα αποσταλούν ταχυδρομικώς, η ημερομηνία υποβολής προκύπτει είτε από την σφραγίδα του ταχυδρομείου, είτε από το αποδεικτικό παράδοσης στην εταιρεία ταχυμεταφοράς. Αιτήσεις που υποβάλλονται μετά την λήξη της προθεσμίας, δεν γίνονται δεκτές. Η τελική επιλογή θα γίνει από τη Διοίκηση του Γενικού Νοσοκομείου Καρδίτσας.

Η παρούσα πρόσκληση αναρτάται στην Διαύγεια, στην Ιστοσελίδα και στον πίνακα ανακοινώσεων του Νοσοκομείου και κοινοποιείται στον Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο κα στον Ιατρικό Σύλλογο Καρδίτσας, ενώ αποστέλλεται ηλεκτρονικά και στην 5^η ΥΠΕ προκειμένου να αναρτηθεί στον ιστότοπό της.

Ο Διοικητής του
Γ.Ν.Καρδίτσας

Παπαγεωργίου Σταύρος

ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ: (Ηλεκτρονικά)

1. 5^η Υ.ΠΕ. Θεσσαλίας & Στ. Ελλάδας – Δ/νση Ανθρ. Δυναμικού
Περιοχή Μεζούρλο, Τ.Κ.41110, Λάρισα,
email: eprotocol@dypethessaly.gr ,hr@dypethessaly.gr
2. Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος email: pis@pis.gr
Πλουτάρχου 3 & Υψηλάντου, Τ.Κ. 10675, Αθήνα
(για δημοσίευση στο δελτίο που εκδίδει)
3. Ιατρικός Σύλλογος Καρδίτσας email:iskarditsas@otenet.gr
(Ηρώων Πολυτεχνείου 24, Τ.Κ. 43100, Καρδίτσα)

ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΔΙΑΝΟΜΗ

1. Γραφείο Διοικητή
2. Δ/ντρια Ιατρικής Υπηρεσίας
3. Πρ/νη Δ/κής-Οικ/κής Δ/νσης
4. Πρ/νη Οικονομικού Τμήματος
5. Δ/ντές Ιατρικών Τομέων
6. Δ/ντρια Παιδιατρικής Κλινικής
7. Τμήμα ΔΑΔ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι - ΥΠΟΔΕΙΓΜΑ

ΑΙΤΗΣΗΣ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

ΠΡΟΤΑΣΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ ΓΙΑ ΤΗ
ΘΕΣΗ:.....

Επώνυμο:

Όνομα:

Όνομα πατρός:

Αριθμός τηλεφώνου:

E-mail:

Ημερομηνία γέννησης:

Δηλώνω υπεύθυνα ότι:

A) αποδέχομαι τους όρους της υπ' αριθμ.....πρόσκλησης εκδήλωσης
ενδιαφέροντος για υποβολή πρότασης.

B) διαθέτω όλα τα δικαιολογητικά που αποδεικνύουν όσα αναφέρω στην παρούσα
(σε πρωτότυπα ή επίσημα αντίγραφα).

Γ) για την ανάληψη του έργου και την είσπραξη της συμφωνηθείσας αμοιβής δεν
συντρέχει κανένα κώλυμα στο πρόσωπό μου και σε αντίθετη περίπτωση, θα
φροντίσω για την άρση κάθε κωλύματος για το σκοπό αυτό, εφόσον η παρούσα
πρότασή μου γίνει δεκτή.

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΣΥΝΗΜΜΕΝΩΝ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΩΝ

1.....

2.....

3.....

Ημερομηνία:

Ονοματεπώνυμο:

Υπογραφή: