

**ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ****Θήβα 07/09/2026****5η Υγειονομική Περιφέρεια
Θεσσαλίας & Στερεάς Ελλάδας****Αρ. Πρωτ. 6980****ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΛΙΒΑΔΕΙΑΣ
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΗΒΩΝ
ΑΠΟΚΕΝΤΡΩΜΕΝΗ ΟΡΓΑΝΙΚΗ
ΜΟΝΑΔΑ ΘΗΒΑΣ**

Ταχ.

Δ/νση: Θέση Κουμέρκι Θήβα

Διεύθυνση: Ανθρώπινου Δυναμικού

Τηλέφωνο 2262350100

EMAIL: hrm@thebeshospital.eu

ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ**ΓΙΑ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΤΟΥ Γ.Ν. ΛΙΒΑΔΕΙΑΣ- Γ.Ν. ΘΗΒΩΝ (ΑΟΜ ΘΗΒΑΣ) ΜΕ ΕΝΑ (1) ΙΔΙΩΤΗ ΙΑΤΡΟ****ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑΣ ΓΕΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΜΕ ΚΑΘΕΣΤΩΣ ΕΚΔΟΣΗΣ ΔΕΛΤΙΟΥ ΑΠΟΔΕΙΞΗΣ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ.**

Έχοντας υπόψη:

Τις διατάξεις:

1. Τις διατάξεις του άρθρου 41 του Ν.4058/2012 (ΦΕΚ 63/Α/2012) όπως τροποποιήθηκε με το άρθρο 44 του νόμου 4486/2017(Α'115) εν συνεχεία τροποποιήθηκε με το άρθρο 47 του ν.4633/2019(ΦΕΚ 161 τ.Α'), το άρθρο 104 του ν. 5034/2023 (ΦΕΚ 69 / Α'), με το άρθρο 5 του Ν.5046/29-7-2023(ΦΕΚ 137 Α') και με το άρθρο 27 του ν.5012/2024 (ΦΕΚ 55/Α) και το άρθρο 34 του ν.5161/2024(Α' 196/29.11.2024) και ισχύει.
2. Τον Οργανισμό του Γενικού Νοσοκομείου Θηβών (Υ4α/οικ.120929/11.12.2012, ΦΕΚ 3480/Β/31.12.2012).
3. Την με αρ. Πρωτ. Υ4α/οικ.123911/31-12-2012 Κοινή Υπουργική Απόφαση (ΦΕΚ 3510/Β/31.12.2012) "Ενοποιημένος Οργανισμός του Γενικού Νοσοκομείου Λιβαδειάς- Γενικού Νοσοκομείου Θηβών".
4. Την υπ.αριθμ. Γ4β/Γ.Π.23655/27.05.2025 (ΦΕΚ 638/Υ.Ο.Δ.Δ./03.06.2025) Απόφαση Διορισμού Αναπληρωτή Διοικητή στο Γ.Ν.Λιβαδειάς-Γ.Ν.Θηβών (Αποκεντρωμένη Οργανική Μονάδα Θήβας) .
5. Την υπ.αριθμ. Πρωτ. 817/01.07.2025 (ΦΕΚ 3721/Β/15.07.2025) Μεταβίβαση Αρμοδιοτήτων-Εκχώρησης δικαιώματος τελικής υπογραφής στον Αναπληρωτή Διοικητή του Γ.Ν.Λιβαδειάς-Γ.Ν.Θηβών (Αποκεντρωμένης Οργανικής Μονάδας Θήβας) .
6. Το γεγονός ότι δεν υπάρχουν υποψήφιοι αυτής της ειδικότητας στον κατάλογο των επικουρικών ιατρών της 5ης Υ.ΠΕ Θεσσαλίας και Στερεάς Ελλάδας για τον εν λόγω φορέα.
7. Την αριθμ. πρωτ. Γ4β/29981/11.08.2026 Απόφαση του Υφυπουργού Υγείας με θέμα: «Έγκριση συνεργασίας του Γ.Ν. ΛΙΒΑΔΕΙΑΣ- Γ.Ν. ΘΗΒΩΝ (ΑΟΜ ΘΗΒΑΣ) με έναν (1) ιατρό ειδικότητας ΓΕΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ, με καθεστώς έκδοσης δελτίου απόδειξης παροχής υπηρεσιών»
8. Την με αρ.πρωτ. 4165/22-05-2026 Βεβαίωση Δέσμευσης Πίστωσης του Γ.Ν.Λιβαδειάς-Γ.Ν.Θηβών -ΑΟΜ Θήβας)
9. Την υπ' αριθμ.Β2.α,Β1α/οικ.32934/10-07-2026 βεβαίωση της Γ.Δ.Ο.Υ του Υ.Υ.

10. Την υπ.αρ.πρωτ. 13/28-05-2026 Απόφαση του Διοικητικού Συμβουλίου σχετικά με τη συνεργασία του Γ.Ν.Λιβαδειάς-Γ.Ν. Θηβών (ΑΟΜ ΘΗΒΑΣ) ενός ιδιώτη ιατρού ειδικότητας Γενικής Ιατρικής με Α.Π.Υ.

11. Τις ανάγκες για την ομαλή και εύρυθμη λειτουργία του Γενικού Νοσοκομείου Θηβών.

Το Γενικό Νοσοκομείο Θηβών για την κάλυψη των αναγκών του και για την εύρυθμη λειτουργία του, ενδιαφέρεται να συνεργαστεί με ιατρό υπό καθεστώς έκδοσης από αυτόν δελτίου απόδειξης παροχής υπηρεσιών για τις παρεχόμενες υπηρεσίες του.

A/A	ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΘΕΣΕΩΝ	ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	ΧΡΟΝΙΚΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ
1	Γ.Ν. ΛΙΒΑΔΕΙΑΣ - Γ.Ν. ΘΗΒΩΝ (ΑΠΟΚΕΝΤΡΩΜΕΝΗ ΟΡΓΑΝΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΘΗΒΑΣ)	1	ΓΕΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ	12 ΜΗΝΕΣ

Ο/Η ιατρός θα παρέχει τις υπηρεσίες του στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών του νοσοκομείου, για πρωινό ωράριο τρεις (3) φορές την εβδομάδα και έως οκτώ (8) ενεργείς 24ωρες εφημερίες, χρονικής διάρκειας δώδεκα (12) μηνών με ετήσιο προϋπολογισμό έως **41.280,00 Ευρώ** (το ποσό υπόκειται στις νόμιμες κρατήσεις) όπως παρακάτω:

	ΤΙΜΗ ΜΟΝΑΔΑΣ	ΜΗΝΙΑΙΟ ΚΟΣΤΟΣ
ΠΡΩΙΝΟ ΩΡΑΡΙΟ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ (3/ΤΗΝ ΕΒΔΟΜΑΔΑ=12/ΜΗΝΑ)	120€	12*120= 1.440€
8 ΕΝΕΡΓΕΙΣ ΕΦΗΜΕΡΙΕΣ 24ΩΡΕΣ	250€	8*250= 2.000€
ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΜΗΝΙΑΙΟ ΚΟΣΤΟΣ		3.440€

Οι υποψήφιοι πρέπει να είναι:

1. Έλληνες πολίτες (Φωτοτυπία της ταυτότητας ή του διαβατηρίου από το οποίο θα προκύπτει ότι ο κάτοχος είναι Έλληνας υπήκοος ή υπήκοος χώρας μέλους της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Οι σύζυγοι Ελλήνων υπηκόων ή υπηκόων κρατών μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης, θα υποβάλλουν φωτοαντίγραφο δελτίου μόνιμης διαμονής μέλους οικογένειας πολίτη της Ένωσης.

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.)

2. Να έχουν την υγεία και φυσική καταλληλότητα που απαιτείται για την εκτέλεση των καθηκόντων της θέσης που επιλέγουν σύμφωνα με τα οριζόμενα στις διατάξεις του αρ. 7 του Ν. 4210/2013 για την πιστοποίηση της υγείας.

3. Οι άνδρες να έχουν εκπληρώσει τις στρατιωτικές τους υποχρεώσεις ή να έχουν νόμιμη απαλλαγή (Πιστοποιητικό στρατολογικής κατάστασης Τύπου Α')
4. Εφόσον προσληφθούν να εγγραφούν στη ΔΟ.Υ. ως επιτηδευματίες .

ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΕΠΙΛΟΓΗΣ:

1. ΤΑ ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΑ ΤΥΠΙΚΑ ΠΡΟΣΟΝΤΑ.

1. Πτυχίο Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου της ημεδαπής ή ισότιμος τίτλος σχολών της αλλοδαπής
2. Άδεια ασκήσεως ιατρικού επαγγέλματος
3. Τίτλο αντίστοιχης με την θέση ιατρικής ειδικότητας
4. Θα συνεκτιμηθούν μεταπτυχιακοί τίτλοι σε συναφές αντικείμενο και η εργασιακή εμπειρία στην Γενική Ιατρική.
4. Βεβαίωση ιδιότητας μέλους Ιατρικού συλλόγου (κατά την υπογραφή της σύμβασης όμως οφείλει να εγγραφεί στον ιατρικό σύλλογο Θηβών.

2. ΕΜΠΕΙΡΙΑ

Ως εμπειρία της παραπάνω θέσης νοείται η απασχόληση με σχέση εργασίας ή σύμβαση έργου στο δημόσιο ή ιδιωτικό τομέα ή άσκηση επαγγέλματος σε καθήκοντα αντίστοιχης θέσης.

3. ΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ.

Οι υποψήφιοι θα αξιολογηθούν από τριμελή επιτροπή αξιολόγησης η οποία θα συγκροτηθεί στην περίπτωση εκδήλωσης ενδιαφέροντος. Υποβληθείσα αίτηση η οποία δεν πληρεί τις προϋποθέσεις υποβολής και όλα τα απαιτούμενα για τη θέση δικαιολογητικά και προσόντα δεν βαθμολογείται και απορρίπτεται.

ΥΠΟΒΟΛΗ ΑΙΤΗΣΕΩΝ

Οι υποψήφιοι υποβάλλουν αίτηση συμμετοχής η οποία επέχει και θέση υπεύθυνης Δήλωσης μαζί με τα απαραίτητα, κατά περίπτωση, δικαιολογητικά με τα οποία αποδεικνύονται τα προσόντα ή οι ιδιότητες που επικαλούνται στην αίτησή τους και την υποβάλουν, είτε **αυτοπροσώπως**, είτε με άλλο εξουσιοδοτημένο από αυτούς πρόσωπο, εφόσον η εξουσιοδότηση φέρει την υπογραφή τους θεωρημένη από δημόσια αρχή, είτε **ταχυδρομικά με** απόδειξη στη Διεύθυνση:

Γ. Ν. ΛΙΒΑΔΕΙΑΣ-Γ.Ν. ΘΗΒΩΝ
ΑΠΟΚΕΝΤΡΩΜΕΝΗ ΟΡΓΑΝΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΘΗΒΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ
ΘΕΣΗ ΚΟΥΜΕΡΚΙ
ΤΚ 32200, ΘΗΒΑ

Για την πρόσκληση εκδήλωσης Ενδιαφέροντος: 6980/07-09-2026

Η χρονική περίοδος υποβολής των αιτήσεων ορίζεται από **08/09/2026** έως και **18/09/2026**.

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 μετά την αποσφράγιση του επισυνάπτεται στην αίτηση των υποψηφίων.

Αιτήσεις που θα υποβληθούν εκπρόθεσμα δεν θα ληφθούν υπόψη.

Οι ενδιαφερόμενοι μπορούν να αναζητήσουν την πρόσκληση εκδήλωσης ενδιαφέροντος και το ειδικό έντυπο αίτησης στην ηλεκτρονική διεύθυνση του Γενικού Νοσοκομείου Θηβών <http://www.thebeshospital.eu/>

Οι ενδιαφερόμενοι, μαζί με την αίτησή τους, πρέπει να υποβάλλουν, εκτός από τα απαραίτητα τυπικά προσόντα και τα κάτωθι:

- 1) Αντίγραφο των δύο όψεων της Αστυνομικής Ταυτότητας.
- 2) Αποδεικτικά της εργασιακής εμπειρίας
- 3) Σύντομο βιογραφικό σημείωμα.
- 4) Ποινικό μητρώο .

ΠΡΟΣΛΗΨΗ- ΛΥΣΗ ΣΥΜΒΑΣΗΣ

Το Νοσοκομείο ως πρώτος συμβαλλόμενος διατηρεί το δικαίωμα καταγγελίας της σύμβασης, σε περίπτωση διαπίστωσης ανεπαρκούς ή ελλιπούς παροχής υπηρεσιών του δεύτερου συμβαλλόμενου

και προχωρά άμεσα σε αντικατάστασή του από τον αμέσως επόμενο υποψήφιο στον πίνακα κατάταξης για το υπολειπόμενο χρονικό διάστημα και μέχρι συμπλήρωσης της διάρκειας του ενός(1) έτους. Επιπλέον, η σύμβαση λύεται αζημίως για το Ελληνικό Δημόσιο, σε περίπτωση αποχώρησης – παραίτησης του δεύτερου συμβαλλόμενου πριν τη λήξη αυτής.

Ο ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΗΣ ΔΙΟΙΚΗΤΗΣ

ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ

1. ΔΙΑΥΓΕΙΑ
2. Ιατρικός Σύλλογος Θηβών
3. Ιστοσελίδα του Νοσοκομείου
4. Δήμος Θηβαίων

ΑΙΤΗΣΗ-ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

ΓΙΑ ΠΡΟΣΛΗΨΗ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΜΕ ΑΠΟΔΕΙΞΗ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΣΤΟ Γ. Ν.ΛΙΒΑΔΕΙΑΣ-Γ.Ν. ΘΗΒΩΝ
ΑΠΟΚΕΝΤΡΩΜΕΝΗ ΟΡΓΑΝΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΘΗΒΑΣ
(Αριθμ.Γ4β/29981/11.08.2026 Εγκριτική Απόφαση του Υπουργείου Υγείας)

Σε ανταπόκριση της Πρόσκλησης Εκδήλωσης Ενδιαφέροντος με αριθμό πρωτ. 1671/14-10 -2025

ΕΠΩΝΥΜΟ:.....

ΟΝΟΜΑ:.....

ΟΝΟΜΑΠΑΤΡΟΣ:.....

ΟΝΟΜΑΜΗΤΡΟΣ:.....

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑΓΕΝΝΗΣΗΣ:.....

ΙΘΑΓΕΝΕΙΑ:..... Α.Δ.Τ.....

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ:.....

ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ:.....

ΒΑΣΙΚΟΣ ΤΙΤΛΟΣΣΠΟΥΔΩΝ:.....

ΕΠΙΣΥΝΑΠΤΟΜΕΝΑΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

Α/Α	ΤΥΠΟΣΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ	ΝΑΙ	ΟΧΙ
1	Αντίγραφο ΔΑΤ		
2	Αντίγραφο τίτλου σπουδών και τυχόν μεταπτυχιακοί τίτλοι		
3	Αντίγραφου Τίτλου Ιατρικής Ειδικότητας		
4	Αντίγραφο άδειας άσκησης επαγγέλματος		
5	Βεβαίωση εγγραφής σε ιατρικό σύλλογο		
6	Πιστοποιητικά εργασιακής εμπειρίας		
7	Σύντομο βιογραφικό σημείωμα		
8	Ποινικό μητρώο		

Ο αιτών/Η αιτούσα

Υπογραφή

