



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ  
1<sup>η</sup> ΥΠΕ ΑΤΤΙΚΗΣ  
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ  
«ΚΟΡΓΙΑΛΕΝΕΙΟ – ΜΠΕΝΑΚΕΙΟ» Ε.Ε.Σ.

Αθήνα 05-12-2025  
Αριθ. Πρωτ: 38250/5-12-2025

ΔΙΕΘΥΝΣΗ : ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ  
ΥΠΟΔΙΕΘΥΝΣΗ : ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟΥ  
ΤΜΗΜΑ: ΔΙΑΧ. ΑΝΘΡ.ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ  
ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ: ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ ΕΥΑΓΓΕΛΙΑ  
ΤΗΛΕΦΩΝΟ: 213 2068911-8964

**ΘΕΜΑ: «ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ ΓΙΑ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΙΔΙΩΤΗ ΙΑΤΡΟ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑΣ ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΑΣ ΜΕ ΚΑΘΕΣΤΩΣ ΕΚΔΟΣΗΣ, ΕΚ ΜΕΡΟΥΣ ΤΟΥ, ΔΕΛΤΙΟΥ ΑΠΟΔΕΙΞΗΣ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΣΤΟ Γ.Ν.Α. "ΚΟΡΓΙΑΛΕΝΕΙΟ-ΜΠΕΝΑΚΕΙΟ" ΕΕΣ»**

#### **Ο ΔΙΟΙΚΗΤΗΣ ΤΟΥ Γ.Ν.Α. "ΚΟΡΓΙΑΛΕΝΕΙΟ-ΜΠΕΝΑΚΕΙΟ" ΕΕΣ**

Έχοντας υπόψη:

1. Τις διατάξεις του Ν. 3329/2005 (ΦΕΚ 81/τ. Α' /04-04-2005) «Εθνικό Σύστημα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και λοιπές διατάξεις», όπως τροποποιήθηκαν και συμπληρώθηκαν με τις διατάξεις του άρθρου 3 του Ν. 3527/2007 (ΦΕΚ 25/τ. Α' /09-02- 2007) και τις διατάξεις του άρθρου 27 του Ν. 4771/2021 (ΦΕΚ 16/τ. Α' /01-02-2021).
2. Τις διατάξεις του άρθρου 41 του 4058/2012 όπου προβλέπεται ότι:  
*"Τα νοσοκομεία του ΕΣΥ, τα Κέντρα Υγείας νησιωτικών, ορεινών και απομακρυσμένων περιοχών και ο «Οργανισμός κατά των Ναρκωτικών» δύναται για την κάλυψη των αναγκών τους σε προσωπικό και για την προσήκουσα λειτουργία τους και των Θεραπευτικών Μονάδων του ΟΚΑΝΑ, εφόσον δεν επαρκεί το προσωπικό τους, να συνεργάζεται με ιατρούς ψυχιάτρους, ιατρούς παθολόγους ή και γενικούς ιατρούς, ψυχολόγους, κοινωνικούς λειτουργούς και νοσηλευτές, υπό καθεστώς έκδοσης από αυτούς δελτίου απόδειξης παροχής υπηρεσιών για τις παρεχόμενες υπηρεσίες τους. Η σχετική δαπάνη καλύπτεται από ίδιους πόρους τους".*
3. Τις διατάξεις του άρθρου 104 του 5034/2023 όπου προβλέπεται ότι: «1. Τα νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ., ο Ε.Ο.Δ.Υ., ο Ο.ΚΑ.ΝΑ., το Κ.Ε.Θ.Ε.Α., η Α.Ε.Μ.Υ. Α.Ε., το Ε.ΚΕ.Ψ.Υ.Ε., η Ε.Κ.Α.Π.Τ.Υ. Α.Ε. και ο Ε.Ο.Π.Υ.Υ., με απόφαση του Διοικητικού Συμβουλίου τους, καθώς και τα Κέντρα Υγείας νησιωτικών, ορεινών και απομακρυσμένων περιοχών ή των περιοχών όπου έχουν

εξαντληθεί οι υποψήφιοι επικουρικοί ιατροί από τους αντίστοιχους ηλεκτρονικούς καταλόγους των Υ.ΠΕ., με απόφαση του Διοικητή της αρμόδιας Υ.ΠΕ δύνανται για την κάλυψη των αναγκών τους σε προσωπικό και για την προσήκουσα λειτουργία τους, εφόσον δεν επαρκεί το προσωπικό τους, να συνεργάζονται με ιατρούς κάθε ειδικότητας, ..., με καθεστώς έκδοσης από αυτούς δελτίου απόδειξης παροχής υπηρεσιών για τις παρεχόμενες υπηρεσίες τους. Η συνεργασία με τους ανωτέρω πραγματοποιείται κατά παρέκκλιση του άρθρου 6 του ν. 2527/1997 (Α'206), καθώς και της περ. α της παρ. 20 του ένατου άρθρου του ν. 4057/2012 (Α'54) μετά από πλήρως αιτιολογημένη έκθεση του φορέα και απόφαση του Υπουργού Υγείας».

4. Το υπ' αριθ. ΦΕΚ 455/ΥΟΔΔ/24-04-2025 διορισμού του Διοικητή του Νοσοκομείου
5. Τις διατάξεις του Οργανισμού του Νοσοκομείου μας, της Υ4α/48318/4-5-12/Κοινή Υπουργική Απόφαση, ΦΕΚ 1680/Β/16-5-12, όπως τροποποιήθηκαν και συμπληρώθηκαν με τις διατάξεις της Υ4α/117098/13/Κοινή Υπουργικής Απόφασης ΦΕΚ 1121/Β/05-05-2014 και ισχύουν μέχρι σήμερα
6. Το από 26/11/2025 ηλεκτρονικό μήνυμα της 1<sup>ης</sup> ΥΠΕ Αττικής με το οποίο μας διαβιβάζεται η υπ' αριθμ. Γ4β/41356/04-11-2025 (αριθ. Πρωτ. οικ. 37149/26-11-2025) απόφαση του Υπουργείου Υγείας, αναφορικά με την έγκρισή συνεργασίας του Γ.Ν.Α. "Κοργιαλένιο-Μπενακειο" ΕΕΣ, με έναν (1) ιδιώτη ιατρό ειδικότητας Πνευμονολογίας, με καθεστώς έκδοσης δελτίου απόδειξης παροχής υπηρεσιών
7. Το με αριθμ. πρωτ. 36238/19-09-2025 έγγραφο της 1<sup>ης</sup> ΥΠΕ Αττικής προς το Υπουργείο Υγείας
8. Το με αριθμ. πρωτ. 24980/22-08-2025 έγγραφο του Νοσοκομείου μας προς την 1<sup>η</sup> ΥΠΕ Αττικής αναφορικά με το αίτημα συνεργασίας του Νοσοκομείου μας με έναν (1) ιδιώτη ιατρό ειδικότητας Πνευμονολογίας, με καθεστώς έκδοσης απόδειξης παροχής υπηρεσιών
9. Το υπ' αριθμ. 23005/29-07-2025 απόσπασμα πρακτικού της 25<sup>ης</sup> /24-07-2025 (θ. 3<sup>ο</sup>) έκτακτης Συνεδρίαση του Διοικητικού Συμβουλίου του Γ.Ν.Α. "Κοργιαλένιο-Μπενακειο" ΕΕΣ
10. Τις υπ' αριθμ. 24986/22-08-2025 & 24986/24-10-2025 Βεβαιώσεις Δέσμευσης Πίστωσης του τμήματος Οικονομικού του Γ.Ν.Α. "Κοργιαλένιο-Μπενάκειο" ΕΕΣ
11. Το Το υπ' αριθμ. 20088/01-07-2025 αίτημα της Επιστημονικά Υπεύθυνης Διευθύντριας, κλάδου Ιατρών ΕΣΥ του Α' Παθολογικού τμήματος
12. Το υπ' αριθμ. 20265/02-07-2025 έγγραφο- θετική γνωμοδότηση της Διευθύντριας της Ιατρικής Υπηρεσίας
13. Το γεγονός ότι δεν υπάρχουν υποψήφιοι αυτής της ειδικότητας στον κατάλογο των επικουρικών της 1<sup>ης</sup> ΥΠΕ Αττικής για το Νοσοκομείο μας

14. Το γεγονός ότι στον Οργανισμό του Νοσοκομείου μας δεν προβλέπονται οργανικές θέσεις ιατρών κλάδου ΕΣΥ με ειδικότητα στην Πνευμονολογίας.
15. Τις αυξημένες υπηρεσιακές ανάγκες για την εύρυθμη λειτουργία του Α΄ Παθολογικού Τμήματος του Νοσοκομείου

### Κ Α Λ Ε Ι

**Σε συνεργασία**, σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 41 του 4058/2012, όπως τροποποιήθηκε και ισχύει με τις διατάξεις του άρθρου 104 του Ν. 5034/2023, τους/τις ενδιαφερόμενους/ες Ιατρούς Ειδικότητας **Πνευμονολογίας**, με τη Διοίκηση του Γ.Ν.Α. "Κοργιαλένειο-Μπενάκειο" ΕΕΣ αρμοδιότητας 1ης Υγειονομικής Περιφέρειας Αττικής, **για τη σύναψη σύμβασης, με καθεστώς έκδοσης από αυτόν/ήν δελτίου απόδειξης παροχής υπηρεσιών**, έως και οκτώ (8) πρωινές εφημερίες και έως και τέσσερις (4) γενικές εφημερίες (συμπεριλαμβανομένης Σαββάτου, Κυριακής και Αργίας) το μήνα, για χρονικό διάστημα ενός (1) έτους, με μηνιαίες αποδοχές, κατά την κείμενη νομοθεσία, Επικουρικού Ιατρού βαθμού Επιμελητή Β΄, για τις ανάγκες του Α΄ Παθολογικού Τμήματος του Νοσοκομείου.

#### Α. ΟΙ ΥΠΟΨΗΦΙΟΙ/ΕΣ ΑΠΑΙΤΕΙΤΑΙ:

- Να έχουν την Ελληνική Ιθαγένεια πλην όσων προέρχονται από Κράτη Μέλη της Ε.Ε.
- Να έχουν την υγεία και φυσική καταλληλότητα που απαιτείται για την εκτέλεση των καθηκόντων της θέσης που επιλέγουν.
- Να μην έχουν καταδικαστεί για αδικήματα ασυμβίβαστα με την δημοσιοϋπαλληλική ιδιότητα.
- Οι άνδρες να έχουν εκπληρώσει τις στρατιωτικές τους υποχρεώσεις ή να έχουν νόμιμη απαλλαγή.
- Να εγγραφούν στη Δ.Ο.Υ. ως επιτηδευματίες, έπειτα από τη σύναψη σύμβασης συνεργασίας.
- Να κατέχουν τους απαιτούμενους τίτλους σπουδών.

#### Β. ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ:

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

1. Αίτηση-Δήλωση (υπόδειγμα της αίτησης-δήλωσης ακολουθεί στο Παράρτημα Ι) η οποία συμπληρώνεται με ακρίβεια και σε όλα τα στοιχεία που περιλαμβάνει.

2. Υπεύθυνη δήλωση του Ν. 1599/1986, από την πλατφόρμα gov.gr ή από το ΚΕΠ με γνώση της υπογραφής, στην οποία θα αναφέρουν ότι δεν έχουν καταδικαστεί για αδικήματα ασυμβίβαστα με την δημοσιονομική ιδιότητα.
3. Αντίγραφο Αστυνομικού Δελτίου Ταυτότητας.
4. Πιστοποιητικό Οικογενειακής Κατάστασης.
5. Αντίγραφο Πτυχίου. Σε περίπτωση πτυχίου πανεπιστημίου της αλλοδαπής απαιτείται το πτυχίο με τη σφραγίδα της Χάγης, η επίσημη μετάφρασή του και η απόφαση ισοτιμίας του ΔΟΑΤΑΠ. 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. Σε κάθε περίπτωση και σύμφωνα με τα οριζόμενα στις με αριθμ. ΔΙΣΚΠΟ/Φ.15/οικ.8342/1-4-2014 (ΑΔΑ:ΒΙΗ0Χ-6ΥΖ) και ΔΙΑΔΠ/ΦΑ.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 πρωτίστως από δικηγόρο.
6. Αντίγραφο Απόφασης Άδειας Ασκήσεως Ιατρικού Επαγγέλματος στην Ελλάδα.
7. Αντίγραφο Απόφασης Χορήγησης Άδειας Χρήσης Τίτλου Ειδικότητας στην Ελλάδα.
8. Πρόσφατη Βεβαίωση Εγγραφής στον Ιατρικό Σύλλογο Αθήνας, στην οποία να βεβαιώνεται ο συνολικός χρόνος άσκησης του ιατρικού επαγγέλματος, η ασκούμενη ειδικότητα και ο συνολικός χρόνος άσκησής της.
9. Φορολογική Ενημερότητα.
10. Ασφαλιστική Ενημερότητα.
11. Βεβαίωση έναρξης εργασιών φυσικού προσώπου επιτηδεύματι
12. Βιογραφικό Σημείωμα με αναφορά στην προϋπηρεσία και στο επιστημονικό έργο (περιληπτική αναφορά).
13. Υπεύθυνη δήλωση του Ν. 1599/1986, από την πλατφόρμα gov.gr ή από το ΚΕΠ με γνώση της υπογραφής, στην οποία θα αναφέρουν ότι δεν λαμβάνουν επίδομα Δ.Υ.Π.Α. και δεν κατέχουν έμμισθη θέση στο Ελληνικό Δημόσιο.
14. Για τους άνδρες: Πιστοποιητικό στρατολογικής κατάστασης τύπου Α' ή βεβαίωση οριστικής απόλυσης από τις τάξεις του Ελληνικού Στρατού. Όπου στον τύπο Α, προκύπτει αναβολή στράτευσης, αυτή θα πρέπει να υπερβαίνει το έτος από την ημερομηνία λήξης της παρούσας πρόκλησης.

#### **Γ. ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗ-ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗ:**

Ο/Η ιατρός θα παρέχει τις υπηρεσίες του/της στο Α' Παθολογικό τμήμα του Γ.Ν.Α. "Κοργιαλένιο - Μπενάκειο" ΕΕΣ, έως και οκτώ (8) πρωινές εφημερίες και έως και τέσσερις (4) γενικές εφημερίες (συμπεριλαμβανομένης Σαββάτου, Κυριακής και Αργίας) το μήνα, ανάλογα με τις ανάγκες του τμήματος.

Ο/Η ιατρός υπόκειται διοικητικά και επιστημονικά στην Διεύθυνση της Ιατρικής Υπηρεσίας του Νοσοκομείου, στον Διοικητή του Νοσοκομείου, εφαρμοζόμενων αναλογικά των οριζόμενων στο ν. 3329/2005 ως προς την διοικητική και επιστημονική εποπτεία του.

Η αποζημίωση του/της θα είναι ίση με τις μηνιαίες αποδοχές, κατά την κείμενη νομοθεσία, Επικουρικού Ιατρού βαθμού Επιμελητή Β'.

#### **Δ. ΑΙΤΗΣΕΙΣ –ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ:**

Οι ενδιαφερόμενοι μπορούν να στείλουν την αίτησή τους (η οποία υπέχει και θέση Υπεύθυνης Δήλωσης) με τα απαιτούμενα δικαιολογητικά αυτοπροσώπως, είτε με άλλο εξουσιοδοτημένο από αυτούς πρόσωπο ή ταχυδρομικά με συστημένη αποστολή, στη διεύθυνση: «Γ.Ν.Α. "Κοργιαλένιο-Μπενάκειο" ΕΕΣ, Τμήμα Κεντρικής Γραμματείας, Αθανασάκη 2, Τ.Κ 11526, Αθήνα» με την ένδειξη «Για την Πρόσκληση Εκδήλωσης Ενδιαφέροντος για συνεργασία με ιδιώτη ιατρό ειδικότητας Πνευμονολογίας».

Η χρονική περίοδος υποβολής των αιτήσεων ορίζεται σε **πέντε (5) εργάσιμες ημέρες από 08/12/2025 έως και 12/12/2025**.

Το ανωτέρω χρονικό διάστημα θα προκύπτει από την σφραγίδα του Ταχυδρομείου. Αιτήσεις που θα υποβληθούν πριν ή μετά το ανωτέρω χρονικό διάστημα δεν θα ληφθούν υπόψη.

#### **Ε. ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ:**

Οι ενδιαφερόμενοι για οποιαδήποτε πληροφορία μπορούν να απευθύνονται στο Τμήμα Διαχείρισης Ανθρώπινου Δυναμικού του Γ.Ν.Α. "Κοργιαλένιο-Μπενάκειο" ΕΕΣ κατά τις εργάσιμες ημέρες και ώρες στα τηλέφωνα : 2132068911 & 2132068912.

#### **ΣΤ. ΕΠΙΛΟΓΗ:**

Την καταλληλότητα των υποψηφίων θα κρίνει τριμελής Επιτροπή αποτελούμενη από:

1. Κον **Καρανδρέα Αναστάσιο**, Διοικητή του Γ.Ν.Α. "Κοργιαλένιο-Μπενάκειο" ΕΕΣ, ως Πρόεδρο.
2. Κα **Ξηρού Σταματία-Τίνα**, Διευθύντρια Ιατρικής Υπηρεσίας & Επιστημονικά Υπεύθυνη Διευθύντρια ιατρός κλάδου ΕΣΥ του Οφθαλμολογικού τμήματος.
3. Κα **Τζαβάρα Βασιλική**, Διευθύντρια ιατρός κλάδου ΕΣΥ & Επιστημονικά Υπεύθυνη Α' Παθολογικού τμήματος.

Η παρούσα Πρόσκληση αναρτάται στη ΔΙΑΥΓΕΙΑ σύμφωνα με τις διατάξεις του Ν. 3861/2010 (ΦΕΚ 112/Α'/13-07-2010), στον ιστότοπο (<https://www.korgialenio-benakio.gr>) και τον πίνακα ανακοινώσεων του Νοσοκομείου.

**Ο ΔΙΟΙΚΗΤΗΣ  
ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ**

**ΑΝΑΣΤΑΣΙΟΣ ΚΑΡΑΝΔΡΕΑΣ**

**Κοινοποίηση:**

Γραφείο Προέδρου Δ.Σ.  
Γραφείο Διοικητή  
Γραφείο Αναπληρωτή Διοικητή  
Διεύθυνση Ιατρικής Υπηρεσίας  
Πρόεδρο Επιστημονικού Συμβουλίου  
Α' Παθολογικό Τμήμα  
Διεύθυνση Διοικητικής Υπηρεσίας  
Υποδιεύθυνση Οικονομικού  
Υποδιεύθυνση Διοικητικού  
Τμήμα Οικονομικού  
Τμήμα Πληροφορικής και Οργάνωσης  
Τμήμα Διαχ. Ανθρ. Δυναμικού

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b><u>ΑΙΤΗΣΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ ΙΔΙΩΤΗ ΙΑΤΡΟΥ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑΣ ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΑΣ ΜΕ ΚΑΘΕΣΤΩΣ ΕΚΔΟΣΗΣ, ΕΚ ΜΕΡΟΥΣ ΤΟΥ, ΔΕΛΤΙΟΥ ΑΠΟΔΕΙΞΗΣ ΠΑΡΟΧΗΣ, ΕΩΣ ΚΑΙ ΟΚΤΩ (8) ΠΡΩΙΝΕΣ ΕΦΗΜΕΡΙΕΣ ΚΑΙ ΕΩΣ ΚΑΙ ΤΕΣΣΕΡΙΣ (4) ΓΕΝΙΚΕΣ ΕΦΗΜΕΡΙΕΣ (ΣΥΜΠΕΡΙΛΑΜΒΑΝΟΜΕΝΗΣ ΣΑΒΒΑΤΟΥ, ΚΥΡΙΑΚΗΣ ΚΑΙ ΑΡΓΙΑΣ) ΤΟ ΜΗΝΑ ΣΤΟ Γ.Ν.Α. «ΚΟΡΓΙΑΛΕΝΕΙΟ – ΜΠΕΝΑΚΕΙΟ» Ε.Ε.Σ., ΑΡΜΟΔΙΟΤΗΤΑΣ 1<sup>ΗΣ</sup> Υ.ΠΕ. ΑΤΤΙΚΗΣ</u></b> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <b>ΠΡΟΣ</b><br><br><b>Γ.Ν.Α. «ΚΟΡΓΙΑΛΕΝΕΙΟ – ΜΠΕΝΑΚΕΙΟ» Ε.Ε.Σ.</b><br><br>Παρακαλώ όπως κάνετε αποδεκτό το αίτημά μου για συνεργασία με τη Διοίκηση του Γ.Ν.Α. «ΚΟΡΓΙΑΛΕΝΕΙΟ – ΜΠΕΝΑΚΕΙΟ» Ε.Ε.Σ., σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 41 του Ν. 4058/2012 όπως τροποποιήθηκε και ισχύει με το άρθρο 104 του Ν. 5034/2023, για συνεργασία με το Νοσοκομείο σας, ως ιδιώτης ιατρός με καθεστώς έκδοσης δελτίου απόδειξης παροχής υπηρεσιών |
| ΟΝΟΜΑ:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Δηλώνω υπεύθυνα ότι:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| ΕΠΙΘΕΤΟ:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Α) Αποδέχομαι τους όρους της υπ' αριθμ. πρωτ. .... πρόσκλησης εκδήλωσης ενδιαφέροντος                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΡΟΣ:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΕΩΣ:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Β) Διαθέτω όλα τα δικαιολογητικά που αποδεικνύουν όσα αναφέρω στην παρούσα (σε πρωτότυπα αντίγραφα)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| ΑΔΤ Ή ΑΡ. ΔΙΑΒΑΤΗΡΙΟΥ:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| ΚΑΤΟΙΚΟΣ:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| ΟΔΟΣ – ΑΡΙΘΜΟΣ:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Γ) Για την έναρξη συνεργασίας και την είσπραξη της συμφωνηθείσας αποζημίωσης 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 αίτησή μου γίνει αποδεκτή.                                                                                                                                                                               |
| ΤΚ:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| ΤΗΛ:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| ΚΙΝ. ΤΗΛ.:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ ΙΑΤΡΟΥ:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Ημερομηνία, .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| ΑΜΚΑ:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Ο/Η Δηλ.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| ΑΦΜ:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| EMAIL:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | .....<br>(Υπογραφή/σφραγίδα ιδιώτη ιατρού)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |