



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΔΙΟΙΚΗΣΗ 1^{ΗΣ} ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ ΑΤΤΙΚΗΣ
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΤ
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗΣ-ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ
ΥΠΟΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟΥ
ΤΜΗΜΑ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ
Ταχ.Δ/ση: Νίκης 2 , 14561 Κηφισιά
Πληρ: Αναστασία Γκιόκα
Τηλ: 2132086628
e-mail:pros4@kat-hosp.gr

ΚΗΦΙΣΙΑ

ΘΕΜΑ: «ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ ΓΙΑ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΠΕΝΤΕ (5) ΙΔΙΩΤΕΣ ΙΑΤΡΟΥΣ ΗΤΟΙ ΕΝΟΣ (1) ΙΔΙΩΤΗ ΙΑΤΡΟΥ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ, ΕΝΟΣ (1) ΙΔΙΩΤΗ ΙΑΤΡΟΥ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑΣ ΟΥΡΟΛΟΓΙΑΣ, ΕΝΟΣ (1) ΙΔΙΩΤΗ ΙΑΤΡΟΥ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑΣ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΑΣ, ΕΝΟΣ (1) ΙΔΙΩΤΗ ΙΑΤΡΟΥ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑΣ ΩΤΟΡΙΝΟΛΑΡΥΓΓΟΛΟΓΙΑΣ ΚΑΙ ΕΝΟΣ (1) ΙΔΙΩΤΗ ΙΑΤΡΟΥ ΕΣΩΤΕΡΙΚΗΣ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ ΜΕ ΚΑΘΕΣΤΩΣ ΕΚΔΟΣΗΣ ΔΕΛΤΙΟΥ ΑΠΟΔΕΙΞΗΣ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΣΤΟ Γ.Ν. ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΤ»

Ο Διοικητής του Γενικού Νοσοκομείου Αττικής ΚΑΤ, 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 ισχύουν.
2. Τις διατάξεις του άρθρου 41 του 4058/2012 όπως ισχύουν όπου ορίζεται ότι:
«Τα νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ., το Ν.Ι.Μ.Τ.Σ., 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. ο Ε.Ο.Φ., η Ι.Φ.Ε.Τ. ΜΑΕ, το Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας (Ε.Κ.Α.Β.), το «Εθνικό Κέντρο Αιμοδοσίας» και ο Ε.Ο.Π.Υ.Υ., με απόφαση του Διοικητικού Συμβουλίου τους, και τα στρατιωτικά νοσοκομεία, με απόφαση του Διοικητή 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, οδοντιάτρους, ακτινοφυσικούς, ψυχολόγους, κοινωνικούς λειτουργούς, κοινωνιολόγους, νοσηλευτές, ΤΕ Ραδιολογίας Ακτινολογίας, ΔΕ Χειριστών Εμφανιστών, ΤΕ Ιατρικών Εργαστηρίων, ΔΕ Βοηθών Ιατρικών και Βιολογικών εργαστηρίων, ΔΕ Τεχνικών (Ηλεκτρολόγων, Υδραυλικών Θερμοϋδραυλικών), ΤΕ Διοίκησης Μονάδων Υγείας, ΤΕ Διοικητικού Λογιστικού, ΠΕ Φαρμακοποιών, ΔΕ Βοηθών Φαρμακοποιών, ΔΕ Πληρωμάτων Ασθενοφόρων, ΔΕ Οδηγών, ΔΕ Μηχανοτεχνιτών Οχημάτων, ΠΕ Θετικών Επιστημών, ΠΕ Μηχανικών και ΠΕ Βιολόγων και ειδικούς θεραπευτές πρώην εξαρτημένους, οι οποίοι έχουν ολοκληρώσει με επιτυχία θεραπευτικό πρόγραμμα των εγκεκριμένων Οργανισμών ή Φορέων του ν. 4139/2013 (Α' 74), 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 ή του Υπουργού Εθνικής Άμυνας, αντίστοιχα».
3. Το υπ' αριθ. ΦΕΚ 1110/τ. ΥΟΔΔ/30-12-2019 διορισμού του Διοικητή του Νοσοκομείου.
4. Την αριθμ. Γ4β/Γ.Π.οικ.62/02-01-2023 κοινή απόφαση του Υπουργού και Αναπληρώτριας Υπουργού Υγείας, που δημοσιεύθηκε στο ΦΕΚ 12/τ.ΥΟΔΔ/12-01-2023, με την οποία παρατάθηκε η θητεία του Διοικητή του Γ.Ν. Αττικής ΚΑΤ.

5. Το υπ' αριθ. ΦΕΚ 572/τ. ΥΟΔΔ/16-05-2025 διορισμού του Διοικητή του Νοσοκομείου.
6. Τον Οργανισμό του Γενικού Νοσοκομείου Αττικής ΚΑΤ (Κ.Υ.Α. Υ4α/123768/31-12-2012, ΦΕΚ 3485/τ.Β'/31-12-2012) όπως τροποποιήθηκε με την αρ. Γ2α/67041/31-12-2020 Κ.Υ.Α. (ΦΕΚ 5891/τ.Β'/31-12-2020).
7. Το με αρ. πρωτ. 44005/21-11-2024 αίτημα του Διευθυντή Ιατρικής Υπηρεσίας
8. Το με αρ. πρωτ. 1579/21-01-2025 αίτημα του Διευθυντή της ΜΕΘ II και Διευθυντή Τομέα Επείγουσας και Εντατικής Ιατρικής.
9. Την σύμφωνη γνώμη του Διευθυντή Ιατρικής Υπηρεσίας.
10. Το με αρ. 02/31-01-2025 (θέμα Β.10) απόσπασμα πρακτικού του Δ.Σ. του Γ.Ν. Αττικής ΚΑΤ.
11. Την με αρ. πρωτ. 6030/07-03-2025 Βεβαίωση Δέσμευσης Πίστωσης του τμήματος Οικονομικού του Γ.Ν. Αττικής ΚΑΤ.
12. Το με αρ. πρωτ. 6447/12-03-2025 έγγραφο του Γ.Ν. Αττικής ΚΑΤ προς την 1^η Υ.ΠΕ Αττικής με θέμα: «Αιτήματα πρόσληψης ιδιωτών ιατρών με δελτίο απόδειξης παροχής υπηρεσιών».
13. Το με αριθμ. πρωτ. 11137/19-03-2025 έγγραφο της 1^{ης} ΥΠΕ Αττικής προς το Υπουργείο Υγείας με θέμα: «Σχετικά με πρόσληψη πέντε (5) ιδιωτών ιατρών ειδικοτήτων Ψυχιατρικής, Ουρολογίας, Γαστρεντερολογίας, Ωτορινολαρυγγολογίας και Παθολογίας με καθεστώς έκδοσης Δελτίου Απόδειξης Παροχής Υπηρεσιών για το Γ.Ν.Α. ΚΑΤ αρμοδιότητας 1^{ης} Υ.ΠΕ Αττικής».
14. Την με αρ. πρωτ. 14030/06-06-2025 επικαιροποιημένη Βεβαίωση Δέσμευσης Πίστωσης του τμήματος Οικονομικού του Γ.Ν. Αττικής ΚΑΤ
15. Την υπ' αριθμ. Γ4β/13313/19-06-2025 Απόφαση του Υφυπουργού Υγείας με θέμα: «Έγκριση συνεργασίας του ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΤ με πέντε (5) ιδιώτες ιατρούς διαφόρων ειδικοτήτων, με καθεστώς έκδοσης δελτίου απόδειξης παροχής υπηρεσιών».

ΚΑΛΕΙ

τους/τις ενδιαφερόμενους/ες Ιατρούς Ειδικότητας Ψυχιατρικής, Ουρολογίας, Γαστρεντερολογίας, Ωτορινολαρυγγολογίας και Εσωτερικής Παθολογίας με εξειδίκευση Λοιμωξιολογίας, σε συνεργασία, σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 41 του Ν. 4058/2012 όπως ισχύουν, με τη Διοίκηση του Γ.Ν. Αττικής ΚΑΤ για τη σύναψη σύμβασης, με καθεστώς έκδοσης από αυτούς/ές δελτίου απόδειξης παροχής υπηρεσιών, για μερική απασχόληση, και συμμετοχή στο πρόγραμμα εφημεριών του Γ.Ν. Αττικής ΚΑΤ, για χρονικό διάστημα δώδεκα (12) μηνών, με μηνιαίες αποδοχές, κατά την κείμενη νομοθεσία, Ιατρού βαθμού Επιμελητή Β', προκειμένου για την κάλυψη των αναγκών του Νοσοκομείου.

Α/Α	ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΘΕΣΕΩΝ	ΕΙΔΟΣ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ	ΧΡΟΝΙΚΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ (σε μήνες)
1	ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ	1	ΜΕΡΙΚΗ	12
2	ΟΥΡΟΛΟΓΙΑΣ	1	ΜΕΡΙΚΗ	12
3	ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΑΣ	1	ΜΕΡΙΚΗ	12
4	ΩΤΟΡΙΝΟΛΑΡΥΓΓΟΛΟΓΙΑΣ	1	ΜΕΡΙΚΗ	12
5	ΕΣΩΤΕΡΙΚΗΣ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ (ΜΕ ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΣΗ ΛΟΙΜΩΞΙΟΛΟΓΙΑΣ)	1	ΜΕΡΙΚΗ	12

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 δημοσιοϋπαλληλική 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 άσκησης της.
9. Φορολογική Ενημερότητα.
10. Ασφαλιστική Ενημερότητα.

11. Βεβαίωση έναρξης εργασιών φυσικού προσώπου επιτηδευματία
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 γνώσιο 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 με μερική απασχόληση σε ωράριο που διαμορφώνεται κατά τα ισχύοντα και για τους μόνιμους και επικουρικούς ιατρούς και με δυνατότητα συμμετοχής στο πρόγραμμα εφημερίων 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. ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΤ Τμήμα Κεντρικής Γραμματείας, Νίκης 2, Τ.Κ 14561, Κηφισιά**» με την ένδειξη «**Για την Πρόσκληση Ενδιαφέροντος για συνεργασία με ιδιώτη ιατρό ειδικότητας Ψυχιατρικής ή ειδικότητας Ουρολογίας ή ειδικότητας Γαστρεντερολογίας ή ειδικότητας Ωτορινολαρυγγολογίας ή ειδικότητας Εσωτερικής Παθολογίας με εξειδίκευση Λοιμωξιολογίας**».

Η χρονική περίοδος υποβολής των αιτήσεων ορίζεται σε δέκα (10) εργάσιμες ημέρες από **04/07/2025** έως και **13/07/2025**.

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. ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΤ κατά τις εργάσιμες ημέρες και ώρες στο τηλέφωνο: 2132086628.

ΣΤ. ΕΠΙΛΟΓΗ:

Την καταλληλότητα των υποψηφίων θα κρίνει τριμελής Επιτροπή που θα οριστεί από την Διοίκηση του Γ.Ν. Αττικής ΚΑΤ.

Η παρούσα Πρόσκληση αναρτάται στη ΔΙΑΥΓΕΙΑ σύμφωνα με τις διατάξεις του Ν. 3861/2010 (ΦΕΚ 112/Α'/13-07-2010), στον ιστότοπο του Νοσοκομείου καθώς και στον πίνακα ανακοινώσεων.

**Ο ΔΙΟΙΚΗΤΗΣ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ
ΙΩΑΝΝΗΣ ΗΛΙΟΠΟΥΛΟΣ**

Κοινοποίηση:

1. Γραφείο Διοίκησης
2. Διευθυντή Ιατρικής Υπηρεσίας
3. Διευθυντές Ιατρικών Τομέων
4. Επιστημονικό Συμβούλιο
5. Διοικητική Διεύθυνση
6. Υποδιεύθυνση Διοικητικού
7. Τμήμα Διαχείρισης Ανθρώπινου Δυναμικού

<u>ΑΙΤΗΣΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ ΙΔΙΩΤΗ ΙΑΤΡΟΥ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ, ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑΣ ΟΥΡΟΛΟΓΙΑΣ, ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑΣ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΑΣ, ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑΣ ΩΤΟΡΙΝΟΛΑΡΥΓΓΟΛΟΓΙΑΣ ΚΑΙ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑΣ ΕΣΩΤΕΡΙΚΗΣ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ ΜΕ ΚΑΘΕΣΤΩΣ ΕΚΔΟΣΗΣ ΔΕΛΤΙΟΥ ΑΠΟΔΕΙΞΗΣ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΓΙΑ ΜΕΡΙΚΗ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗ ΣΤΟ Γ.Ν. ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΤ</u>	
	ΠΡΟΣ: Γ.Ν. ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΤ Παρακαλώ όπως κάνετε αποδεκτό το αίτημά μου για συνεργασία με τη Διοίκηση του Γ.Ν. ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΤ, σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 41 του Ν. 4058/2012 όπως ισχύουν, για απασχόληση στο Νοσοκομείο σας ως ιδιώτης ιατρός ειδικότητας.....
ΟΝΟΜΑ:	Δηλώνω υπεύθυνα ότι:
ΕΠΙΘΕΤΟ:	A) Αποδέχομαι τους όρους της υπ' αριθμ. πρωτ. πρόσκλησης εκδήλωσης ενδιαφέροντος
ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ:	
ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΡΟΣ:	
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΕΩΣ:	B) Διαθέτω όλα τα δικαιολογητικά που αποδεικνύουν όσα αναφέρω στην παρούσα (σε πρωτότυπα αντίγραφα)
ΑΔΤ Ή ΑΡ. ΔΙΑΒΑΤΗΡΙΟΥ:	
ΚΑΤΟΙΚΟΣ:	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.
ΟΔΟΣ – ΑΡΙΘΜΟΣ:	
ΤΚ:	
ΤΗΛ:	
ΚΙΝ. ΤΗΛ.:	
ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ ΙΑΤΡΟΥ:	Ημερομηνία,
ΑΜΚΑ:	Ο/Η Δηλ.
ΑΦΜ:	
EMAIL:	 (Υπογραφή/σφραγίδα ιδιώτη ιατρού)