



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
4η ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ
ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ & ΘΡΑΚΗΣ
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΞΑΝΘΗΣ

Ξάνθη 03-06-2026
 Αρ.Πρωτ.: 7910

ΤΑΧ.Δ/ΝΣΗ: ΝΕΑΠΟΛΗ, 67100
ΤΜΗΜΑ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ
 ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ: Θ. Τσολάκη, Μ. Στεργή
 ΤΗΛ.: 2541351158-179
 Email:hr@hosp-xanthi.gr

**ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ ΓΙΑ ΤΗ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΤΟΥ
 ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΞΑΝΘΗΣ ΜΕ ΙΔΙΩΤΗ ΙΑΤΡΟ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑΣ
 ΩΤΟΡΙΝΟΛΑΡΥΓΓΟΛΟΓΙΑΣ ΜΕ ΚΑΘΕΣΤΩΣ ΕΚΔΟΣΗΣ ΔΕΛΤΙΟΥ ΑΠΟΔΕΙΞΗΣ
 ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ**

Η Διοικήτρια του Νοσοκομείου έχοντας υπόψη:

1. Την υπ' αριθμ. Γ4β/Γ.Π.οικ.36214/13-08-2025 Κοινή απόφαση του Υπουργού και Υφυπουργού Υγείας, για τον διορισμό της Διοικήτριας του Γενικού Νοσοκομείου Ξάνθης, η οποία δημοσιεύθηκε στην Εφημερίδα Κυβερνήσεως (ΦΕΚ 1047/18-08-2025/τ. Υ.Ο.Δ.Δ.).
2. Τις διατάξεις του Ν.3329/2005 «Εθνικό Σύστημα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και λοιπές διατάξεις» όπως αυτός 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».
3. Τις διατάξεις της παρ. 1 του άρθρου 41 του Ν.4058/2012 (ΦΕΚ 63/Α'/2012), όπως τροποποιήθηκε, συμπληρώθηκε και ισχύει.
4. Τον Οργανισμό του Γενικού Νοσοκομείου Ξάνθης (Υ4α/οικ.122801/2012 Κ.Υ.Α. ΦΕΚ 3496/Β/31-12-2012) όπως τροποποιήθηκε, συμπληρώθηκε και ισχύει.
5. Την με αριθμό 443/26-11-2025 - θέμα 16^ο Απόφαση του Διοικητικού Συμβουλίου του Γενικού Νοσοκομείου Ξάνθης.
6. Τις με αριθ. πρωτ 634/13-01-2026 και 6012/30-04-2026 Βεβαιώσεις Δέσμευσης Πίστωσης του Γενικού Νοσοκομείου Ξάνθης.
7. Το αριθμ. πρωτ. 19530/11-12-2025 έγγραφό μας προς την 4^η Υ.ΠΕ. Μακεδονίας και Θράκης με θέμα: «Υποβολή αιτήματος για την απασχόληση τριών ιδιωτών ιατρών με Α.Π.Υ. στο Γενικό Νοσοκομείο Ξάνθης».
8. Το από 29-05-2026 ηλεκτρονικό μήνυμα της 4^{ης} Υ.ΠΕ. Μακεδονίας και Θράκης με συνημμένη την υπό στοιχεία Γ4β/5413/26-05-2026 απόφαση του Υφυπουργού Υγείας με θέμα: «Έγκριση συνεργασίας του Γενικού Νοσοκομείου Ξάνθης με τρεις (3) ιδιώτες ιατρούς έναν (1) ειδικότητας Γαστρεντερολογίας, έναν (1) ειδικότητας Ωτορινολαρυγγολογίας και έναν (1) ειδικότητας Χειρουργικής, με καθεστώς έκδοσης δελτίου απόδειξης παροχής υπηρεσιών».
9. Τις ανάγκες για την εύρυθμη και αποτελεσματική λειτουργία του Γενικού Νοσοκομείου Ξάνθης.

ΚΑΛΕΙ

Ειδικευμένο ιατρό ειδικότητας Ωτορινολαρυγγολογίας για να συνεργαστεί με το Γενικό Νοσοκομείο Ξάνθης με καθεστώς έκδοσης δελτίου απόδειξης παροχής υπηρεσιών, για δώδεκα (12) μήνες, για την κάλυψη των επιτακτικών λειτουργικών αναγκών της Ειδικής Μονάδας ΩΡΛ του Γενικού Νοσοκομείου Ξάνθης.

ΘΕΣΗ-ΚΑΘΗΚΟΝΤΑ

Ο ιατρός θα παρέχει τις υπηρεσίες του στο Γενικό Νοσοκομείο Ξάνθης για πρωινή εργασία δύο (2) φορές την εβδομάδα: Μία (1) ημέρα για χειρουργικές επεμβάσεις και παρακολούθηση νοσηλευόμενων ασθενών και μία (1) ημέρα για εξέταση ασθενών στα Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία, για χρονικό διάστημα δώδεκα (12) μηνών.

ΑΜΟΙΒΗ

Η αμοιβή των παρεχόμενων υπηρεσιών του ειδικευμένου ιατρού Ωτορινολαρυγγολογίας ανέρχεται στην ανώτατη μικτή δαπάνη του ποσού, των δύο χιλιάδων ευρώ (2.000,00 €) μηνιαίως.

ΓΕΝΙΚΑ ΠΡΟΣΟΝΤΑ ΠΡΟΣΛΗΨΗΣ

1. Να κατέχουν την ελληνική ιθαγένεια. Εξαιρούνται οι πολίτες κρατών-μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης, για τους οποίους απαιτείται η απόδειξη γνώσης της ελληνικής γλώσσας με Πιστοποιητικό Ελληνομάθειας (παρ. 1, άρθρο 10, Ν. 2413/1996).
2. Να μην έχουν καταδικαστεί για αδικήματα ασυμβίβαστα με την ιδιότητα του δημοσίου υπαλλήλου.
3. Οι άνδρες υποψήφιοι να έχουν εκπληρώσει τις στρατιωτικές τους υποχρεώσεις ή να κατέχουν πιστοποιητικό νόμιμης απαλλαγής από αυτές.
4. Να κατέχουν τους απαιτούμενους τίτλους σπουδών.
5. Να κατέχουν άδεια άσκησης του ιατρικού επαγγέλματος.
6. Να κατέχουν τίτλο ιατρικής ειδικότητας αντίστοιχης με τη θέση για την οποία υποβάλλουν υποψηφιότητα.
7. Να διαθέτουν την υγεία και τη φυσική καταλληλότητα που απαιτούνται για την εκτέλεση των καθηκόντων της θέσης που επιλέγουν.

ΠΡΟΣΘΕΤΑ ΣΥΝΕΚΤΙΜΟΜΕΝΑ ΠΡΟΣΟΝΤΑ

1. Χρόνος προϋπηρεσίας- επαγγελματικής εμπειρίας
2. Άλλα ακαδημαϊκά προσόντα (μεταπτυχιακό ή διδακτορικό δίπλωμα, εξειδίκευση)

ΑΙΤΗΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ – ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ:

1. Αίτηση συμμετοχής – η οποία επέχει και θέση Υπεύθυνης Δήλωσης (επισυνάπτεται σχετικό υπόδειγμα).
2. Αντίγραφο Αστυνομικού Δελτίου Ταυτότητας.
3. Αντίγραφο πτυχίου. 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. Σύμφωνα με τα οριζόμενα στις υπ' 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) εγκυκλίους του Υπουργείου Διοικητικής Μεταρρύθμισης και Ηλεκτρονικής Διακυβέρνησης, γίνονται υποχρεωτικά αποδεκτά ευκρινή αντίγραφα ξενόγλωσσων πτυχίων και πιστοποιητικών, υπό την προϋπόθεση να φαίνεται ότι τα αντίγραφα αυτά έχουν επικυρωθεί από δικηγόρο.
4. Αντίγραφο απόφασης άδειας άσκησης ιατρικού επαγγέλματος.
5. Αντίγραφο απόφασης χορήγησης τίτλου ιατρικής ειδικότητας.
6. Βεβαίωση εγγραφής Ιατρικού Συλλόγου στην οποία να βεβαιώνεται ο συνολικός χρόνος άσκησης του ιατρικού επαγγέλματος, η ασκούμενη ειδικότητα και ο συνολικός χρόνος άσκησής της.
7. Υπεύθυνη Δήλωση στην οποία θα αναφέρουν ότι, α) δεν έχουν καταδικαστεί για κακούργημα ή σε οποιαδήποτε άλλη ποινή για κλοπή, υπεξαίρεση, απάτη, εκβίαση, πλαστογραφία, δωροδοκία ή δωροληψία, καταπίεση, απιστία περί την υπηρεσία, παράβαση καθήκοντος, συκοφαντική δυσφήμιση καθ' υποτροπή ή εγκλήματα της γενετήσιας ελευθερίας ή οικονομικής εκμετάλλευσης της γενετήσιας ζωής, β) δεν είναι υπόδικοι λόγω παραπομπής με τελεσίδικο βούλευμα για κακούργημα ή για πλημμέλημα της προηγούμενης περίπτωσης, έστω και αν το αδίκημα παραγράφηκε, γ) δεν έχουν στερηθεί λόγω καταδίκης τα πολιτικά τους δικαιώματα και δεν έχει λήξει ο χρόνος που ορίστηκε για τη στέρηση, δ) δεν τελούν είτε υπό στερητική δικαστική συμπαράσταση (πλήρη ή μερική) είτε υπό επικουρική δικαστική συμπαράσταση (πλήρη ή μερική) είτε υπό συνδυασμό και των δύο προηγούμενων, ε) δεν έχουν απολυθεί από θέση δημοσίου υπαλλήλου ή υπαλλήλου Ν.Π.Δ.Δ., Ο.Τ.Α., ή Ν.Π.Ι.Δ. του άρθρου 14 του Ν. 2190/1994 όπως αντικαταστάθηκε με το άρθρο 1 παρ.1 του Ν.2527/1997 ή Ν.Π.Ι.Δ. της παρ.3 του άρθρου 1 του Ν. 2527/1997, λόγω επιβολής της πειθαρχικής ποινής της οριστικής παύσης ή λόγω καταγγελίας της σύμβασης εργασίας για σπουδαίο λόγο οφειλόμενο σε υπαιτιότητα του εργαζομένου και δεν έχει παρέλθει πενταετία από την απόλυση.
8. Σύντομο Βιογραφικό Σημείωμα.
9. Λοιπά δικαιολογητικά από τα οποία προκύπτουν τα επικαλούμενα προσόντα, προϋπηρεσίες και ιδιότητες.

Σε περίπτωση επιλογής θα κατατεθούν επιπλέον

1. Πιστοποιητικά Υγείας από Παθολόγο ή Γενικό Ιατρό και Ψυχίατρο.
2. Βεβαίωση έναρξης από την Δ.Ο.Υ. της επαγγελματικής τους έδρας ως επιτηδευματίες
3. Φορολογική και Ασφαλιστική ενημερότητα.

ΥΠΟΒΟΛΗ ΑΙΤΗΣΗΣ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ

Οι ενδιαφερόμενοι δύνανται να υποβάλλουν αίτηση συμμετοχής μαζί με τα απαραίτητα δικαιολογητικά ως εξής:

α) αυτοπροσώπως, ή

β) με άλλο εξουσιοδοτημένο από αυτούς πρόσωπο, με τη χρήση της υπηρεσίας ηλεκτρονικής έκδοσης εξουσιοδότησης (e-exousiodotisi) μέσω της Ενιαίας Ψηφιακής Πύλης της Δημόσιας Διοίκησης (ΕΨΠ-gov.gr), ή

γ) ηλεκτρονικά στην διεύθυνση **hr@hosp-xanthi.gr**, με θέμα: «Αίτηση εκδήλωσης ενδιαφέροντος για πρόσληψη ιδιώτη ιατρού ειδικότητας Ωτορινολαρυγγολογίας με καθεστώς με καθεστώς έκδοσης Δ.Α.Π.Υ.», ή

δ) με εταιρεία ταχυμεταφοράς στη διεύθυνση με την ένδειξη: «Αίτηση εκδήλωσης ενδιαφέροντος για πρόσληψη ιδιώτη ιατρού ειδικότητας Ωτορινολαρυγγολογίας με καθεστώς με καθεστώς έκδοσης Δ.Α.Π.Υ.»,:

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΞΑΝΘΗΣ

ΝΕΑΠΟΛΗ

ΤΚ 67100 ΞΑΝΘΗ

Η προθεσμία υποβολής αιτήσεων αργίζει στις 04-06-2026 και λήγει στις 10-06-2026

Αιτήσεις που θα υποβληθούν εκπρόθεσμα ή χωρίς τα απαραίτητα δικαιολογητικά δεν θα ληφθούν υπόψη. Ως ημερομηνία κατάθεσης σε περίπτωση αποστολής της αίτησης με εταιρεία ταχυμεταφοράς, λογίζεται η ημερομηνία αποστολής του φακέλου, η οποία αποδεικνύεται από το αποδεικτικό της εταιρείας ταχυμεταφοράς.

Η παρούσα Πρόσκληση Εκδήλωσης Ενδιαφέροντος αναρτάται στο ΔΙΑΥΓΕΙΑ και στην ηλεκτρονική Διεύθυνση του Νοσοκομείου μας (<https://hosp-xanthi.gr>). Επίσης αποστέλλεται ηλεκτρονικά στην 4^η Υ.ΠΕ. Μακεδονίας και Θράκης και κοινοποιείται στον Ιατρικό Σύλλογο Ξάνθης.

Η Διοικήτρια του Νοσοκομείου

Κοσμίδου Ζωή

**ΑΙΤΗΣΗ ΥΠΟΨΗΦΙΟΤΗΤΑΣ – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ ΓΙΑ ΠΡΟΣΛΗΨΗ ΙΔΙΩΤΗ ΙΑΤΡΟΥ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑΣ
ΩΤΟΡΙΝΟΛΑΡΥΓΓΟΛΟΓΙΑΣ ΜΕ ΚΑΘΕΣΤΩΣ ΜΕ ΚΑΘΕΣΤΩΣ ΕΚΔΟΣΗΣ Δ.Α.Π.Υ.»**

	ΠΡΟΣ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΞΑΝΘΗΣ	
ΕΠΙΘΕΤΟ:	<p>Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι επιθυμώ να συμμετάσχω ως υποψήφιος στην αριθμ. πρωτ. 7910/03-06-2026 Πρόσκληση του Γενικού Νοσοκομείου Ξάνθης ως ΙΑΤΡΟΣ - εξωτερικός συνεργάτης, δεν υφίσταται στο πρόσωπό μου κανένα κώλυμα, σύμφωνα με τα οριζόμενα στα Γενικά Προσόντα της Πρόσκλησης, αποδέχομαι τους όρους της πρόσκλησης</p> <p>Συνημμένα υποβάλλω τα ακόλουθα δικαιολογητικά:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Φωτοτυπία της ταυτότητας ή του διαβατηρίου από το οποίο θα προκύπτει ότι ο κάτοχος είναι Έλληνας υπήκοος ή υπήκοος χώρας μέλους της Ευρωπαϊκής Ένωσης <input type="checkbox"/> 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. <input type="checkbox"/> 2. Φωτοαντίγραφο πτυχίου Ελληνικού Πανεπιστημίου ή Πανεπιστημίου κράτους μέλους της Ευρωπαϊκής Ένωσης το οποίο θα συνοδεύεται από φωτοαντίγραφο της μετάφρασης και φωτοαντίγραφο της ισοτιμίας ΔΟΑΤΑΠ, όπου αυτό απαιτείται ή πτυχίου χώρας εκτός Ευρωπαϊκής Ένωσης, το οποίο θα συνοδεύεται από φωτοαντίγραφο της μετάφρασης και φωτοαντίγραφο της ισοτιμίας ΔΟΑΤΑΠ. <input type="checkbox"/> 3. Φωτοαντίγραφο άδειας άσκησης ιατρικού επαγγέλματος στη χώρα μας. <input type="checkbox"/> 4. Άδεια χρήσης τίτλου ιατρικής ειδικότητας στη χώρα μας. <input type="checkbox"/> 5. Βεβαίωση Ιδιότητας Μέλους Ιατρικού Συλλόγου. <input type="checkbox"/> 6. Βεβαίωση προϋπηρεσίας/επαγγελματικής εμπειρίας. <input type="checkbox"/> 7. Βιογραφικό Σημείωμα. <input type="checkbox"/> 8. <input type="checkbox"/> 9. <input type="checkbox"/> 10. <input type="checkbox"/> 	
ΟΝΟΜΑ:		
ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ:		
ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΡΟΣ:		
ΕΤΟΣ ΓΕΝΝΗΣΕΩΣ:		
ΑΔΤ ή ΑΡ. ΔΙΑΒΑΤΗΡΙΟΥ:		
ΤΑΧ.Δ/ΝΣΗ:		
ΠΟΛΗ:		
ΤΚ:		
ΤΗΛ.:		
ΚΙΝ. ΤΗΛ.:		
e-mail :		
<p>ΣΥΝΝΗΜΜΕΝΑ: Δικαιολογητικά</p> <p>(Συμπληρώνεται ο αριθμός των δικαιολογητικών που υποβάλλονται)</p>		
	<p>Ημερομηνία/...../.....</p> <p>..... Αιτών/ούσα</p>	