



5η ΥΠΕ - Γ.Ν. Βόλου 18/05/2026

Α.Π. 10269

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ  
5<sup>η</sup> ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ  
ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ & ΣΤΕΡΕΑΣ ΕΛΛΑΔΑΣ  
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΒΟΛΟΥ  
«ΑΧΙΛΛΟΠΟΥΛΕΙΟ»  
ΤΜΗΜΑ: Διαχ. Ανθρ. Δυναμικού  
Πληροφορίες: Κ. Κατσιγιάννη  
Τηλ. 242135-1221  
Email: [kkatsigianni@ghv.gr](mailto:kkatsigianni@ghv.gr)

### ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ

ΓΙΑ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΤΟΥ Γ.Ν. ΒΟΛΟΥ «ΑΧΙΛΛΟΠΟΥΛΕΙΟ» ΜΕ ΕΝΑΝ (1) ΙΔΙΩΤΗ ΙΑΤΡΟ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑΣ ΩΤΟΡΙΝΟΛΑΡΥΓΓΟΛΟΓΙΑΣ (ΩΡΛ) ΜΕ ΚΑΘΕΣΤΩΣ ΕΚΔΟΣΗΣ ΔΕΛΤΙΟΥ ΑΠΟΔΕΙΞΗΣ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ.

#### **Έχοντας υπόψη:**

1. 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».
2. Τις διατάξεις της παρ. 1 του άρθρου 41 του Ν. 4058/2012 (ΦΕΚ 63/Α'/2012), όπως τροποποιήθηκε, συμπληρώθηκε και ισχύει.
3. Το Απόσπασμα Πρακτικού της αρ. 14/27-03-2026 - Θέμα 2ο, (ΑΔΑ:ΡΑ7Η4690ΒΩ-ΒΚ2) Συνεδρίασης του Δ.Σ. του Γ.Ν. Βόλου «Αχιλλοπούλειο» για έγκριση υποβολής αιτήματος στο Υπουργείο Υγείας, για συνεργασία του Νοσοκομείου με ιδιώτη ιατρό ειδικότητας Ωτορινολαρυγγολογίας με Α.Π.Υ.
4. Την υπ' αριθμ.: 7144/06-04-2026 Βεβαίωση Δέσμευσης Πίστωσης του Γ.Ν. Βόλου «Αχιλλοπούλειο».
5. Την αριθμ. Πρωτ.: Γ4β/17606/11-05-2026 Απόφαση του Υφυπουργού Υγείας «Έγκριση συνεργασίας Γ.Ν. Βόλου «Αχιλλοπούλειο» με έναν (1) ιατρό ειδικότητας Ωτορινολαρυγγολογίας, με καθεστώς έκδοσης δελτίου απόδειξης παροχής υπηρεσιών».
6. Τον Οργανισμό του Γ.Ν. Βόλου «Αχιλλοπούλειο» (ΦΕΚ 1236/11-4-2012/τ.Β') όπως τροποποιήθηκε και ισχύει.
7. Τις υπηρεσιακές ανάγκες για την ομαλή και εύρυθμη λειτουργία του Νοσοκομείου.

Προσκαλούμε τους ενδιαφερόμενους ιδιώτες ιατρούς ειδικότητας ΩΤΟΡΙΝΟΛΑΡΥΓΓΟΛΟΓΙΑΣ για συνεργασία με το Γ.Ν. Βόλου «Αχιλλοπούλειο», με καθεστώς έκδοσης Δελτίου Απόδειξης Παροχής Υπηρεσιών για χρονικό διάστημα δώδεκα (12) μηνών και για μία (1) θέση, που θα αφορά παροχή

υπηρεσιών έως πέντε (5) ημέρες τον μήνα κατά το πρωινό τακτικό ωράριο των νοσοκομειακών ιατρών (Δευτέρα έως Παρασκευή από 8:00πμ έως 15:00μμ) και για συμμετοχή στο πρόγραμμα εφημεριών με την πραγματοποίηση έως οκτώ (8) εφημεριών μηνιαίως ανάλογα με τις ανάγκες του Νοσοκομείου και του μηνιαίου προγράμματος εφημεριών όπως αυτό εγκρίνεται από τα θεσμικά όργανα της Ιατρικής Υπηρεσίας, **με αμοιβή που θα προσδιορίζεται με βάση τις αποδοχές του ιατρού ΕΣΥ με βαθμό Επιμελητή Β΄.**

### **ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΕΠΙΛΟΓΗΣ**

#### **1. ΤΥΠΙΚΑ ΠΡΟΣΟΝΤΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΑΤΑΛΗΨΗ ΤΗΣ ΘΕΣΗΣ**

##### **Τυπικά προσόντα**

- Πτυχίο Ιατρικής Σχολής ημεδαπής ή αλλοδαπής νόμιμα αναγνωρισμένο.
- Άδεια άσκησης επαγγέλματος.
- Τίτλο αντίστοιχης ιατρικής ειδικότητας.
- Εξειδίκευση- εμπειρία. Θα συνεκτιμηθούν μεταπτυχιακοί τίτλοι σε συναφές αντικείμενο και η εργασιακή εμπειρία στην ΩΡΛ.
- Βεβαίωση ιδιότητας μέλους Ιατρικού Συλλόγου (κατά την υπογραφή της σύμβασης όμως οφείλει να εγγραφεί στον Ιατρικό Σύλλογο Μαγνησίας).

##### **2. ΕΜΠΕΙΡΙΑ**

Ως εμπειρία της παραπάνω θέσης νοείται η αποδεδειγμένη απασχόληση με σχέση εργασίας ή σύμβαση έργου στον δημόσιο ή ιδιωτικό τομέα ή άσκηση επαγγέλματος σε καθήκοντα Ιατρού ΩΡΛ.

##### **3. ΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ**

Μετά την κατάθεση των δικαιολογητικών θα ακολουθήσει προσωπική συνέντευξη των υποψηφίων στο Γραφείο Διοικητή του Νοσοκομείου.

##### **Οι υποψήφιοι πρέπει:**

1. Να είναι Έλληνες πολίτες.
2. Να έχουν την υγεία και φυσική καταλληλότητα που απαιτείται για την εκτέλεση των καθηκόντων της θέσης που επιλέγουν.
3. Να μην έχουν καταδικαστεί για αδικήματα ασυμβίβαστα με την δημοσιοϋπαλληλική ιδιότητα.
4. Οι άνδρες να έχουν εκπληρώσει τις στρατιωτικές τους υποχρεώσεις ή να έχουν νόμιμη απαλλαγή.
5. Εφόσον προσληφθούν να εγγραφούν στη ΔΟ.Υ. ως επιτηδευματίες.
6. Εφόσον προσληφθούν να εγγραφούν στον Ιατρικό σύλλογο Μαγνησίας .
7. Να έχουν τους απαιτούμενους τίτλους σπουδών.

Για τη σειρά κατάταξης λαμβάνονται υπόψη τα παρακάτω αναφερόμενα κριτήρια επιλογής με συντελεστές:

70% τα απαιτούμενα κύρια και επικουρικά προσόντα

20% εμπειρία

10% προσωπική συνέντευξη

### **ΥΠΟΒΟΛΗ ΑΙΤΗΣΗΣ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ**

Οι ενδιαφερόμενοι καλούνται να υποβάλλουν αίτηση αυτοπροσώπως είτε με άλλο εξουσιοδοτημένο από αυτούς πρόσωπο ή ταχυδρομικά με συστημένη επιστολή **από 18-05-2026 έως και 22-05-2026** στη Διεύθυνση: «ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΒΟΛΟΥ, Πολυμέρη 134, ΤΚ 38222, ΒΟΛΟΣ» με την ένδειξη «Πρόσκληση εκδήλωσης ενδιαφέροντος του Γ.Ν. Βόλου «Αχιλλοπούλειο», για συνεργασία με ιδιώτη ιατρό ειδικότητας Ωτορινολαρυγγολογίας με καθεστώς έκδοσης Δελτίου Απόδειξης Παροχής Υπηρεσιών».

Εναλλακτικά μπορούν να υποβάλλουν την αίτηση τους στο email : **provolou@otenet.gr** (σκαναρισμένο το σύνολο της αίτησης με τα δικαιολογητικά)

**Αιτήσεις που θα υποβληθούν μετά την ανωτέρω ημερομηνία δεν θα ληφθούν υπόψη.**

**Με την αίτηση υποβάλλονται :**

1. Αντίγραφο της αστυνομικής ταυτότητας
2. Υπεύθυνη δήλωση στην οποία θα αναφέρουν ότι δεν έχουν καταδικαστεί για αδικήματα ασυμβίβαστα με την δημοσιοϋπαλληλική ιδιότητα
3. Αντίγραφο τίτλων σπουδών (πτυχίο, μεταπτυχιακό κλπ)- εξειδίκευσης- απόδειξη εμπειρίας/βεβαιώσεις
4. Αντίγραφο άδειας ασκήσεως ιατρικού επαγγέλματος
5. Άδεια τίτλου αντίστοιχης ειδικότητας
6. Σύντομο βιογραφικό
7. Φορολογική και Ασφαλιστική ενημερότητα.
8. Βεβαίωση εγγραφής σε Ιατρικό Σύλλογο

**Με την πρόσληψη και την υπογραφή της σύμβασης οφείλει ο ιατρός να προσκομίσει:**

1. Πιστοποιητικό στρατολογικής κατάστασης τύπου Α' για άνδρες (ή βεβαίωση οριστικής απόλυσης από τις τάξεις του Ελληνικού Στρατού. Όπου στο τύπο Α' προκύπτει αναβολή στράτευσης, αυτή θα πρέπει να υπερβαίνει το έτος από την ημερομηνία λήξης της πρόσκλησης
2. Τα οριζόμενα στις διατάξεις του άρθρου 7 του ν.4210/2013, για την πιστοποίηση υγείας,
3. Βεβαίωση εγγραφής στον Ιατρικό Σύλλογο Μαγνησίας

Η τελική επιλογή θα γίνει από Επιτροπή εξέτασης των κατατεθειμένων φακέλων, που θα οριστεί από τον κ. Διοικητή του Νοσοκομείου.

Η παρούσα πρόσκληση αναρτάται στην ΔΙΑΥΓΕΙΑ, στην ιστοσελίδα και τον πίνακα ανακοινώσεων του Νοσοκομείου και κοινοποιείται στον Ιατρικό Σύλλογο Μαγνησίας.

**ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ:**

- 1.5η Υ.ΠΕ. Θεσσαλίας & Στερεάς Ελλάδας
2. Ιατρικό Σύλλογο Μαγνησίας

**ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΔΙΑΝΟΜΗ:**

- 1.Γρ. Διοικητή
- 2.Γρ.Δ/σης Ιατρικής Υπηρεσίας
- 3.Πρόεδρο του Ε.Σ.
- 4.Τμήμα Διαχ. Ανθρώπινου Δυναμικού
- 5.Πρ.Προϊστάμενο ΩΡΛ Τμήματος

