



Γραφείο Προμηθειών

Πληρ: κα Χ.Σαμψωνίδου

Τηλ.: 2313 32.3115, fax: 2313 32.3969

Ηλεκτρ. Δ/ση: pr.papageorgiou@gmail.com

ΑΝΑΡΤΗΤΕΑ ΣΤΟ ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ

Θεσ/νίκη 13-03-2020
Αρ. Πρωτ. 11967

ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ ΓΙΑ ΤΗ ΣΥΝΑΨΗ ΣΥΜΒΑΣΗΣ ΕΡΓΟΥ ΜΕ ΠΥΡΗΝΙΚΟ ΙΑΤΡΟ
προϋπολογιστικής δαπάνης 33.000,00€ συμπεριλαμβανομένων κρατήσεων, ασφαλιστικών εισφορών και τυχόν
Φ.Π.Α. 24%, με CPV: 85140000-2 (α/α Α.02.19).

Έχοντας υπ' όψη:

Την υπ' αριθ. 558/26.02.2020 (Θέμα 36^ο) απόφαση του Δ.Σ. του Νοσοκομείου με την οποία εγκρίθηκε η διενέργεια της παρούσας πρόσκλησης εκδήλωσης ενδιαφέροντος για την ανάθεση των καθηκόντων ειδικού ιατρού Πυρηνικής Ιατρικής, για την κάλυψη των αναγκών του Γ' Εργαστηρίου Πυρηνικής Ιατρικής με σύμβαση έργου διάρκειας ενός (1) έτους.

Οι ενδιαφερόμενοι υποψήφιοι θα πρέπει να συγκεντρώνουν τα παρακάτω προσόντα:

1. ΠΡΟΣΟΝΤΑ ΥΠΟΨΗΦΙΟΥ

- Πτυχίο Α.Ε.Ι. Ιατρικής.
- Άδεια Ασκήσεως Επαγγέλματος.
- Τίτλο ειδικότητας Πυρηνικής Ιατρικής.
- Συναφή προϋπηρεσία - εμπειρία ως ειδικός ιατρός τουλάχιστον έξι (6) έτη.
- Απαραίτητη εξειδικευμένη γνώση στα αντικείμενα της ειδικότητας:
 - 1) Υβριδική απεικόνιση (SPECT/CT) ογκολογικών και μη ογκολογικών περιστατικών.
 - 2) Παιδιατρική Πυρηνική Ιατρική.
 - 3) Διερεύνηση φρουρού λεμφαδένα κακοηθειών.
 - 4) Ραδιοϊσοτοπική λεμφαγγειογραφία στα πλαίσια αντιμετώπισης λεμφοιδήματος.

Επισημαίνεται ότι:

- Όλα τα προσκομιζόμενα έγγραφα πρέπει να είναι πρωτότυπα ή επικυρωμένα αντίγραφα των πρωτοτύπων ή ευκρινή φωτοαντίγραφα αυτών, σύμφωνα με το Ν.4250/26.3.2014. Επίσης τα ιδιωτικά έγγραφα, μπορεί να γίνονται αποδεκτά και σε απλή φωτοτυπία, εφόσον συνυποβάλλεται υπεύθυνη δήλωση, στην οποία βεβαιώνεται η ακρίβειά τους και η οποία φέρει ψηφιακή υπογραφή μετά την ημερομηνία δημοσίευσης της διακήρυξης.
- Τα ξενόγλωσσα πιστοποιητικά πρέπει να είναι μεταφρασμένα στην ελληνική και επικυρωμένα από το Υπουργείο Εξωτερικών ή από επίσημο μεταφραστικό γραφείο ή από δικηγόρο. Στα αλλοδαπά δημόσια έγγραφα και δικαιολογητικά εφαρμόζεται η Συνθήκη της Χάγης, της 5.10.1961, που κυρώθηκε με το Ν. 1497/1984 (Α 188). Ειδικά τα αλλοδαπά ιδιωτικά έγγραφα θα πρέπει να συνοδεύονται από μετάφρασή τους

στην ελληνική γλώσσα επικυρωμένη είτε από πρόσωπο αρμόδιο κατά τις διατάξεις της εθνικής νομοθεσίας είτε από πρόσωπο κατά νόμο αρμόδιο της χώρας στην οποία έχει συνταχθεί το έγγραφο, σύμφωνα με την παρ.14 του άρθρου 107 του Ν.4497/2017. Προσκομίζονται πρωτότυπα ή επικυρωμένα αντίγραφα ή ευκρινή φωτοαντίγραφα αυτών, σύμφωνα με το Ν.4250/26.3.2014. ή απλά φωτοαντίγραφα συνοδευόμενα από υπεύθυνη δήλωση στην οποία βεβαιώνεται η ακρίβειά τους.

- Οι υπεύθυνες δηλώσεις πρέπει να έχουν αληθές και ακριβές περιεχόμενο, άλλως επιφέρουν κυρώσεις. Δεν απαιτείται θεώρηση του γνησίου της υπογραφής. Μόνον οι δημοσιεύσεις στον ξένο τύπο (αποσπάσματα) μπορούν να είναι στα Αγγλικά.
- Για τους ενδιαφερόμενους, των οποίων οι τίτλοι σπουδών τριτοβάθμιας εκπαίδευσης (προπτυχιακών και μεταπτυχιακών) αποτελούν απαιτούμενο ή πρόσθετο τυπικό προσόν και έχουν χορηγηθεί από ιδρύματα του εξωτερικού αυτοί πρέπει να συνοδεύονται από πιστοποιητικά αναγνώρισης του ΔΟΑΤΑΠ ή του ΣΑΕΠ.

2. ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ – ΕΠΙΛΟΓΗ

2.1.Οι ενδιαφερόμενοι – υποψήφιοι συμβασιούχοι θα πρέπει να συνοδεύουν την αίτησή τους με όλα τα απαιτούμενα δικαιολογητικά για την τεκμηρίωση των τυπικών και πρόσθετων προσόντων των ως άνω άρθρων 1 & 2, καθώς επίσης και με **Υπεύθυνη Δήλωση** ότι έχουν λάβει πλήρως γνώση και συμφωνούν με τους όρους της παρούσης διακήρυξης.

2.2.Θα πρέπει επίσης να αναφέρουν στην αίτησή τους, ολογράφως και αριθμητικά, την **μηνιαία αμοιβή** που επιθυμούν να λαβαίνουν, συμπεριλαμβανομένου Φ.Π.Α., φόρων, κρατήσεων (συμβασιούχου και εργοδότη) η οποία δεν μπορεί να είναι ανώτερη του ποσού των 2.750,00€ (η οποία αποτελεί το εργοδοτικό κόστος ενός επιμελητή Α').

2.3.Αιτήσεις που δεν συνοδεύονται από επαρκή τεκμηρίωση των τυπικών προσόντων του άρθρου 1 ή που καθορίζουν αμοιβή εκτός των ορίων της προηγούμενης παραγράφου απορρίπτονται.

2.4.Μετά την ανάδειξη του συμβασιούχου και πριν την υπογραφή της σύμβασης θα πρέπει ο υποψήφιος που επιλέχθηκε να καταθέσει:

- **Απόσπασμα ποινικού μητρώου** έκδοσης τουλάχιστον του τελευταίου τριμήνου, από το οποίο να προκύπτει ότι δεν έχει καταδικασθεί για αδίκημα σχετικό με την άσκηση της επαγγελματικής του δραστηριότητας.

- **Πιστοποιητικό** περί του ότι έχουν εκπληρωθεί οι φορολογικές υποχρεώσεις (φορολογική ενημερότητα) καταβολής, σύμφωνα με την ισχύουσα νομοθεσία.

- **Πιστοποιητικό** περί του ότι έχουν εκπληρωθεί οι υποχρεώσεις καταβολής των εισφορών κοινωνικής ασφάλισης, σύμφωνα με την ισχύουσα νομοθεσία.

- **Αποδεικτικά έγγραφα νομιμοποίησης** του προσφέροντος, ήτοι την έναρξη επιτηδεύματος από την αντίστοιχη Δημόσια Οικονομική Υπηρεσία και τις τυχόν μεταβολές.

3. ΔΙΑΡΚΕΙΑ

Η διάρκεια της σύμβασης θα είναι ένα (1) έτος και δύναται να παρατείνεται ανά έτος, με την έγκριση του Δ.Σ. του νοσοκομείου, μετά από σχετικό αίτημα του Διευθυντή του Εργαστηρίου του Νοσοκομείου και τη σύμφωνη γνώμη του συμβασιούχου ιατρού.

4. ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗ-ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

4.1.Ο συμβασιούχος ιατρός που θα επιλεγεί και θα υπογράψει σύμβαση θα απασχολείται στο Γ' Εργαστήριο Πυρηνικής Ιατρικής του Νοσοκομείου, με την αυτοπρόσωπη παρουσία του, σε βάση μηνιαίου προγράμματος εργασίας που θα καθορίζεται τον προηγούμενο μήνα εργασίας και που θα συμφωνείται με τη Διεύθυνση του Εργαστηρίου.

4.2. Ο συμβασιούχος ιατρός θα συνεργάζεται άμεσα με το προσωπικό του εργαστηρίου του Νοσοκομείου και θα βρίσκεται υπό την εποπτεία του Διευθυντή του εργαστηρίου, στις εντολές και στις οδηγίες του οποίου θα πρέπει να πειθαρχεί. Κάθε περίπτωση απειθαρχίας ή ανάρμοστης συμπεριφοράς προς τους ασθενείς ή τους συνοδούς τους ή το προσωπικό του Νοσοκομείου, αποτελεί σοβαρό λόγο για την εκ μέρους του Νοσοκομείου καταγγελία της σύμβασης. Ομοίως σοβαρό λόγο καταγγελίας της σύμβασης αποτελεί η εκ μέρους του συμβασιούχου παραβίαση του ωραρίου εργασίας.

4.3.Ο συμβασιούχος ιατρός θα πρέπει να επιδεικνύει ζήλο και προθυμία προς την εκτέλεση των καθηκόντων του.

4.4.Η σύμβαση που θα προκύψει, ρητά και ανεπιφύλακτα αναγνωρίζεται και συμφωνείται από τα συμβαλλόμενα μέρη, ότι δεν δημιουργεί οποιαδήποτε σχέση νομικής εξάρτησης μεταξύ τους και ότι καμία διάταξη αυτής δεν θεμελιώνει, ούτε μπορεί να θεμελιώνει μεταξύ τους σχέση εντολής, άμεσης ή έμμεσης πληρεξουσιότητας, κοινωνίας, πρακτόρευσης, μεσιτείας, εργασίας και εν γένει οποιαδήποτε άλλης σχέσης, πέραν της μίσθωσης έργου.

5. ΕΜΠΙΣΤΕΥΤΙΚΟΤΗΤΑ - ΕΧΕΜΥΘΕΙΑ

5.1.Όλες οι πληροφορίες, πλάνα, στατιστικά στοιχεία και κάθε άλλο σχετικό έγγραφο ή στοιχείο που αποκτάται, συγκεντρώνεται ή καταρτίζεται από τον συμβασιούχο ιατρό κατά την εκτέλεση του έργου της παρούσας συμβάσεως, είναι εμπιστευτικά και ανήκουν στην απόλυτη ιδιοκτησία του Νοσοκομείου.

5.2.Ο συμβασιούχος ιατρός, χωρίς την προηγούμενη γραπτή συναίνεση της Διοίκησης του Νοσοκομείου, δεν αποκαλύπτει καμία πληροφορία που του δόθηκε, ούτε κοινοποιεί στοιχεία ή έγγραφα των οποίων έλαβε γνώση σε σχέση με το αντικείμενο της εργασίας του.

5.3.Σε περίπτωση αθέτησης από τον συμβασιούχο της ως άνω υποχρέωσής του, το Νοσοκομείο δικαιούται να απαιτήσει: α) την αποκατάσταση κάθε ζημίας του, που ενδεχομένως προκύψει, συνεπεία της κοινοποιήσεως εγγράφων – στοιχείων, σε τρίτους και β) την άμεση και στο διηνεκές παύση κοινοποίησης εγγράφων – στοιχείων, σε τρίτους, στο μέλλον.

5.4.Ο συμβασιούχος ιατρός, με κανένα τρόπο, δεν δύναται να προβαίνει σε δημόσιες δηλώσεις, σχετιζόμενες με την εν γένει κατάσταση του Νοσοκομείου, χωρίς την προηγούμενη γραπτή άδεια της Διοίκησης του Νοσοκομείου. Η επεξεργασία, από τον συμβασιούχο ιατρό, ευαίσθητων προσωπικών δεδομένων ασθενών, αλλά και όλων των εργαζομένων στο Νοσοκομείο, διέπεται από τις διατάξεις του Ν. 2472/1997 (ΦΕΚ Α 50/10-04-1997) καθώς και από τον υπ' αριθ. ΕΕ 2016/679 Κανονισμό Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων (G.D.P.R.) και θα πρέπει να συμμορφώνεται με τις υποδείξεις του Υπεύθυνου Επεξεργασίας Δεδομένων (D.P.O.) του Νοσοκομείου.

6. ΑΜΟΙΒΗ – ΠΛΗΡΩΜΕΣ – ΕΙΣΦΟΡΕΣ

6.1. Η αμοιβή του ιατρού για την άσκηση και διεκπεραίωση των ως άνω καθηκόντων και υποχρεώσεων του καθορίζεται στο ποσό που προκύπτει από την προσφερόμενη τιμή στην αίτηση του και θα καταβάλλεται σε αυτόν ισόποσα μηνιαίως. Το ποσό αυτό δεν επιδέχεται οποιαδήποτε αναθεώρηση ή αναπροσαρμογή για οποιονδήποτε λόγο.

6.2.Στην ως άνω αμοιβή επίσης θα περιλαμβάνονται το σύνολο των κάθε φύσης ασφαλιστικών εισφορών, οι οποίες βαρύνουν αποκλειστικά τον συμβασιούχο.

6.3.Η μηνιαία αμοιβή θα κατατίθεται, εντός του πρώτου δεκαημέρου του επόμενου μήνα, σε τραπεζικό λογαριασμό που θα υποδείξει ο ίδιος με πρώτο δικαιούχο τον συμβασιούχο, τα στοιχεία του οποίου θα γνωστοποιήσει στην υπηρεσία εντός δέκα (10) ημερών από την υπογραφή της σύμβασης.

6.4.Απαραίτητη προϋπόθεση για κάθε πληρωμή/κατάθεση είναι η προσκόμιση νόμιμου παραστατικού (π.χ. τιμολογίου ή απόδειξης παροχής υπηρεσιών κ.ά.) και πιστοποιητικών σε ισχύ φορολογικής και ασφαλιστικής ενημερότητας, τουλάχιστον πέντε (5) εργάσιμες ημέρες πριν την ημερομηνία πληρωμής, συνοδευόμενων κάθε φορά από έγγραφη Βεβαίωση για την εκπλήρωση των καθηκόντων και υποχρεώσεων του για το σχετικό χρονικό διάστημα, με υπογραφή και σφραγίδα από τον Διευθυντή του Εργαστηρίου Πυρηνικής Ιατρικής.

6.5.Σε κάθε πληρωμή παρακρατείται φόρος εισοδήματος, κατά τα προβλεπόμενα από τις διατάξεις του Κ.Φ.Δ.

Η παρούσα πρόσκληση εκδήλωσης ενδιαφέροντος θα αναρτηθεί στην **ιστοσελίδα** του Νοσοκομείου, στη ΔΙΑΥΓΕΙΑ και το **Κ.Η.Μ.ΔΗ.Σ.** Θα κοινοποιηθεί επίσης προς ανάρτηση στον Ιατρικό Σύλλογο Θεσσαλονίκης.

Οι ενδιαφερόμενοι θα πρέπει να καταθέσουν τον Φάκελο τους, στον οποίο θα πρέπει να αναγράφονται ευκρινώς ο τίτλος και ο α/α της πρόσκλησης εκδήλωσης ενδιαφέροντος, **στο Γραφείο Προμηθειών του Νοσοκομείου έως την ώρα 11:00 την 30^η Μαρτίου 2020 (ημέρα Δευτέρα).**

Ημερομηνία αποσφράγισης των Φακέλων: η 30^η Μαρτίου 2020, ώρα 14:00 (ημέρα Δευτέρα).

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΟΥ Δ.Σ.

ΜΙΧΑΗΛ ΚΑΡΑΒΙΩΤΗΣ