



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
6η ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ
ΠΕΛ/ΣΟΥ-ΙΟΝ. ΝΗΣΩΝ-ΗΠΕΙΡΟΥ-
ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΟΣ
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΙΤ/ΝΙΑΣ
Α.Ο.Μ. ΜΕΣΟΛΟΓΓΙΟΥ "ΧΑΤΖΗΚΩΣΤΑ"
ΓΡΑΦΕΙΟ ΑΝ. ΔΙΟΙΚΗΤΡΙΑΣ

Αρ.πρωτ.3206/01.04.2026

**Πρόσκληση Εκδήλωσης Ενδιαφέροντος για την πρόσληψη ενός (1) Ιατρού ειδικότητας
Ακτινοδιαγνωστικής με καθεστώς έκδοσης Δελτίου Παροχής Υπηρεσιών.**

Η Αν. Διοικήτρια του Γενικού Νοσοκομείου Αιτωλοακαρνανίας -Α.Ο.Μ. Μεσολογγίου "ΧΑΤΖΗΚΩΣΤΑ" λαμβάνοντας 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.3370/05 «Οργάνωση και λειτουργία των υπηρεσιών δημόσιας υγείας και λοιπές διατάξεις» και τον Ν.3527/07 «Κύρωση συμβάσεων υπέρ νομικών προσώπων εποπτευόμενων από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και λοιπές διατάξεις».
2. Τις διατάξεις του Οργανισμού του Νοσοκομείου μας (ΦΕΚ 1154/2012)
3. Το άρθρο 41 του Ν.4058/2012 όπως διαμορφώθηκε με το άρθρο 104 του Ν. 5034/2023.
4. Την αρ.πρωτ.2025/26.02.2026 Βεβαίωση Δέσμευσης Πίστωσης του Οικονομικού Τμήματος της Νοσηλευτικής μας Μονάδας.
5. Το αριθμ.πρωτ.365/15.01.2026 αίτημα της Α.Ο.Μ. Μεσολογγίου "ΧΑΤΖΗΚΩΣΤΑ" προς την 6^η Υ.ΠΕ.
6. Την αριθμ.πρωτ.Γ4β/10838/23.03.2026 Απόφαση του Υφυπουργού Υγείας με θέμα «Έγκριση συνεργασίας του ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΑΙΤΩΛΟΑΚΑΡΝΑΝΙΑΣ – ΑΠΟΚΕΝΤΡΩΜΕΝΗ ΟΡΓΑΝΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΜΕΣΟΛΟΓΓΙΟΥ "ΧΑΤΖΗΚΩΣΤΑ" με έναν (1) ιδιώτη Ιατρό, ειδικότητας ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΑΣ ή ΑΚΤΙΝΟΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗΣ, με καθεστώς έκδοσης δελτίου απόδειξης παροχής υπηρεσιών».
7. Τις έκτακτες, επιτακτικές λειτουργικές υπηρεσιακές ανάγκες της Νοσηλευτικής μας Μονάδας

ΚΑΛΕΙ

Ιδιώτες Ιατρούς, ειδικότητας Ακτινοδιαγνωστικής, να συνεργαστούν με την Α.Ο.Μ. ΜΕΣΟΛΟΓΓΙΟΥ "ΧΑΤΖΗΚΩΣΤΑ" προκειμένου να διασφαλιστεί η εύρυθμη λειτουργία της, διάρκειας δώδεκα (12) μηνών, με καθεστώς έκδοσης Δελτίου Απόδειξης Παροχής Υπηρεσιών

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΘΕΣΕΩΝ	ΕΙΔΟΣ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ	ΧΡΟΝΙΚΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ
Γ.Ν.ΑΙΤ/ΝΙΑΣ-ΑΟΜ ΜΕΣΟΛΟΓΓΙΟΥ "ΧΑΤΖΗΚΩΣΤΑ"	ΑΚΤΙΝΟΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗΣ	ΜΙΑ (1)	ΜΙΑ ΦΟΡΑ ΤΗΝ ΕΒΔΟΜΑΔΑ ΘΑ ΠΡΑΓΜΑΤΟΠΟΙΟΥΝΤΑΙ ΣΤΟ ΤΜΗΜΑ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΓΡΑΦΟΥ ΤΗΣ ΝΜ ΜΕΣΟΛΟΓΓΙΟΥ ΔΕΚΑ (10) ΕΩΣ ΔΩΔΕΚΑ (12) ΜΑΣΤΟΓΡΑΦΙΕΣ ΜΑΖΙ ΜΕ ΤΗ ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ ΤΟΥ ΥΠΕΡΗΧΟΥ ΟΠΟΥ ΑΠΑΙΤΕΙΤΑΙ ΚΑΙ ΕΚΔΟΣΗ ΤΕΛΙΚΗΣ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ	ΔΩΔΕΚΑ (12) ΜΗΝΕΣ

ΚΑΘΗΚΟΝΤΑ

Ο Ιατρός θα παρέχει τις υπηρεσίες του στο Τμήμα του Μαστογράφου της ΝΜ Μεσολογγίου μία φορά την εβδομάδα πραγματοποιώντας δέκα (10) έως δώδεκα (12) Μαστογραφίες μαζί με τη συμπληρωματική εξέταση υπερήχου (όπου απαιτείται) και έκδοση τελικής διάγνωσης.

ΑΜΟΙΒΗ

Για τις υπηρεσίες που θα προσφέρει ο Ιατρός προβλέπεται αποζημίωση ανά εξέταση.

Οι υποψήφιοι πρέπει να:

1. Κατέχουν την Ελληνική ιθαγένεια πλην όσων προέρχονται από κράτη μέλη της Ε.Ε.
2. Να μην έχουν καταδικαστεί για αδικήματα ασυμβίβαστα με την ιδιότητα των Δημοσίων Υπαλλήλων.
3. Οι άντρες υποψήφιοι να έχουν εκπληρώσει τις στρατιωτικές τους υποχρεώσεις ή να κατέχουν Πιστοποιητικό Νόμιμης Απαλλαγής από αυτές.
4. Να κατέχουν Άδεια άσκησης Ιατρικού Επαγγέλματος.
5. Να κατέχουν τίτλο αντίστοιχης με τη θέση Ιατρικής Ειδικότητας.
6. Είναι σωματικά και ψυχικά υγιείς.
7. Να εγγραφούν στην Δ.Ο.Υ. ως επιτηδευματίες, έπειτα από την σύναψη σύμβασης παροχής υπηρεσιών.

ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

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

1. Αίτηση – δήλωση υποψηφιότητας
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.

4. Άδεια άσκησης Ιατρικού Επαγγέλματος
5. Τίτλος αντίστοιχης Ιατρικής Ειδικότητας
6. Βεβαίωση εγγραφής στον οικείο Ιατρικό Σύλλογο
7. Πιστοποιητικά Υγείας από Παθολόγο και Ψυχίατρο
8. Φορολογική ενημερότητα
9. Ασφαλιστική ενημερότητα
10. Σύντομο Βιογραφικό

ΥΠΟΒΟΛΗ ΑΙΤΗΣΕΩΝ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ

Οι ενδιαφερόμενοι καλούνται να υποβάλλουν αίτηση συμμετοχής μαζί με τα απαραίτητα δικαιολογητικά είτε αυτοπροσώπως, είτε με άλλο εξουσιοδοτημένο από αυτούς πρόσωπο εφόσον η εξουσιοδότηση φέρει την υπογραφή τους θεωρημένη από δημόσια αρχή, στην διεύθυνση:

«ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΙΤ/ΝΙΑΣ- ΑΟΜ ΜΕΣΟΛΟΓΓΙΟΥ "ΧΑΤΖΗΚΩΣΤΑ"
Οδός Ναυπάκτου - Μεσολόγγι

ΤΗΛ: 2631360110»

ή με ηλεκτρονικό ταχυδρομείο στη διεύθυνση

gnmprosopikou@1703.syzefxis.gov.gr

Όσοι Ιατροί ενδιαφέρονται για την θέση, πρέπει να υποβάλλουν αίτηση στο Τμήμα Γραμματείας της Νοσηλευτικής Μονάδας Μεσολογγίου ή στην ηλεκτρονική διεύθυνση gnmprosopikou@1703.syzefxis.gov.gr από **02.04.2026 έως 03.04.2026 και ώρα 13:00 μμ.**

Αιτήσεις που θα υποβληθούν εκπρόθεσμα δεν θα ληφθούν υπόψη.

Η παρούσα θα αναρτηθεί στη ΔΙΑΥΓΕΙΑ, στην ιστοσελίδα της Νοσηλευτικής μας Μονάδας και στους πίνακες ανακοινώσεων αυτής.

Η ΑΝ. ΔΙΟΙΚΗΤΡΙΑ

ΕΛΕΝΗ ΦΙΛΙΠΠΟΠΟΥΛΟΥ

ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ

1. ΔΙΟΙΚΗΣΗ 6^{ΗΣ} Υ.Π.Ε.
Υπάτης 1, 26441 ΠΑΤΡΑ
(protokollo@dypede.gr)
2. ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΙΑΤΡΙΚΟ ΣΥΛΛΟΓΟ
Πλουτάρχου 3, 10675 ΑΘΗΝΑ
(gensec@pis.gr, pis@pis.gr)
3. ΙΑΤΡΙΚΟ ΣΥΛΛΟΓΟ ΜΕΣΟΛΟΓΓΙΟΥ
Σπύρου Μουστακλή 8- 30200 Μεσολόγγι
(isipmes@gmail.com)

ΑΙΤΗΣΗ

Επώνυμο:

Όνομα:

Όνομα Πατρός:

Όνομα Μητρός:

Ημερομηνία Γέννησης:

ΑΜΚΑ:

ΑΦΜ :

Α. Δ.Τ.:

Διεύθυνση κατοικίας:

Τ.Κ:

Κινητό τηλέφωνο:

Σταθερό τηλέφωνο:

Email:

**Θέμα: Αίτηση για την πρόσληψη ενός (1) ιδιώτη
ιατρού ειδικότητας Ακτινοδιαγνωστικής με
καθεστώς έκδοσης δελτίου παροχής υπηρεσιών
στο Γ.Ν. Αιτωλοακαρνανίας – ΑΟΜ
Μεσολογγίου "ΧΑΤΖΗΚΩΣΤΑ"**

Ημερομηνία...../...../2026

ΠΡΟΣ:

**Γ.Ν. ΑΙΤΩΛΟΑΚΑΡΝΑΝΙΑΣ – Α.Ο.Μ. ΜΕΣΟΛΟΓΓΙΟΥ
"ΧΑΤΖΗΚΩΣΤΑ"**

Παρακαλώ όπως δεχτείτε την αίτησή μου για τη θέση
ιατρού ειδικότητας Ακτινοδιαγνωστικής με καθεστώς
έκδοσης δελτίου παροχής υπηρεσιών, με τα
επισυναπτόμενα δικαιολογητικά.

Συγκεκριμένα υποβάλλω:

1. Αντίγραφο Α.Δ.Τ.
2. Υπεύθυνη Δήλωση
3. Αντίγραφο Πτυχίου
4. Άδεια ασκήσεως Ιατρικού Επαγγέλματος
5. Τίτλος αντίστοιχης Ιατρικής Ειδικότητας
6. Βεβαίωση εγγραφής στον Ιατρικό Σύλλογο
7. Βεβαίωση από Ψυχίατρο και Παθολόγο ή Γενικό Ιατρό
8. Φορολογική ενημερότητα
9. Ασφαλιστική Ενημερότητα
10. Σύντομο Βιογραφικό

Ο/Η Αιτ.....

.....

(ΥΠΟΓΡΑΦΗ)

