



**ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
2^η ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ ΚΑΙ ΑΙΓΑΙΟΥ**

**Μυτιλήνη, 11.12.2025
Αρ.Πρωτ.: 29501
ΑΔΑ:**

**ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΜΥΤΙΛΗΝΗΣ
«ΒΟΣΤΑΝΕΙΟ»**

Ταχ.Δ/ση : Ε. Βοσάνη 48
Ταχ. Κώδικας : 81 100
Τμήμα : Διαχείρισης Ανθρώπινου
Δυναμικού
Πληροφορίες : Ε.Μουτζούρη
Τηλέφωνο : 22510 46 272
e-mail : prosopiko@vostanio.gov.gr

Θέμα: «Πρόσκληση εκδήλωσης ενδιαφέροντος για την πρόσληψη ιατρού ειδικότητας Ακτινοδιαγνωστικής με δελτίο παροχής υπηρεσιών».

Ο ΔΙΟΙΚΗΤΗΣ ΤΟΥ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΜΥΤΙΛΗΝΗΣ

Έχοντας υπόψη:

1. Τις διατάξεις του Ν. 3329/2005 (ΦΕΚ 81/Α/4-4-2005) « Εθνικό Σύστημα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και λοιπές διατάξεις», όπως τροποποιήθηκε και ισχύει σήμερα.
2. Την αριθ. Υ4α/οικ 121796/21-2012 ΚΥΑ (ΦΕΚ 3476/Β/31-12-2012) που αφορά τον οργανισμό του Γενικού Νοσοκομείου Μυτιλήνης «Βοσπάνειο», όπως τροποποιήθηκε και ισχύει σήμερα.
3. Την υπ' αριθμ. Γ4β/Γ.Π. οικ. 12503/14-03-2025 απόφαση του Υπουργείου Υγείας που δημοσιεύτηκε στο ΦΕΚ 292/Υ.Ο.Δ.Δ./21.03.2025 σύμφωνα με την οποία διορίζεται Διοικητής του Γ.Ν. Μυτιλήνης "Βοσπάνειο", και ΚΟΥΤΣΑΝΤΩΝΗ ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΥ.
4. Τις διατάξεις της παρ. 1 , του αρ.41, του ν.4058/2012 (ΦΕΚ 63/Α'/2012), όπως τροποποιήθηκε , συμπληρώθηκε και ισχύει.
5. Την υπ' αριθμ. Γ4β/47541/02-12-2025 απόφαση του Υπουργείου Υγείας περί έγκρισης συνεργασίας του ΓΝ Μυτιλήνης "Βοσπάνειο" με έναν ιατρό ειδικότητας Ακτινοδιαγνωστικής του Υπουργείου Υγείας με καθεστώς έκδοσης από αυτούς δελτίου απόδειξης παροχής υπηρεσιών.
6. Την υπ' αριθμ. 39^η/10-10-2025 Απόφαση του Δ.Σ. του ΓΝ Μυτιλήνης (Θέμα 32^ο).
7. Τις επιτακτικές υπηρεσιακές ανάγκες για την ομαλή λειτουργία του Νοσοκομείου.

ΚΑΛΕΙ

Τους ενδιαφερόμενους ιδιώτες ιατρούς ειδικότητας κατηγορίας/κλάδου ΠΕ ειδικότητας Ακτινοδιαγνωστικής, σε συνεργασία με το ΓΝ Μυτιλήνης "Βοσπάνειο" για την κάλυψη αναγκών του Μαστογράφου, με καθεστώς έκδοσης από αυτόν δελτίου απόδειξης παροχής υπηρεσιών για τη σύναψη σύμβασης για την εκτέλεση (10) δέκα εφημερίων μηνιαίως, στο ποσό των 1.800,00€ ανά μήνα (180,00€ ανά εφημερία) και για χρονική διάρκεια δώδεκα (12) μηνών δηλ. ενός (1) έτους.

Α. Για την κατάληψη των ανωτέρω θέσεων απαιτείται οι υποψήφιοι /οι:

α) Να έχουν την Ελληνική Ιθαγένεια πλην όσων προέρχονται από Κράτη Μέλη της Ε.Ε.

β) Να έχουν την υγεία και φυσική καταλληλότητα που απαιτείται για την εκτέλεση των καθηκόντων της θέσης.

γ) Να μην έχουν καταδικαστεί για αδικήματα ασυμβίβαστα με την ιδιότητα των δημοσίων υπαλλήλων.

δ) Οι άνδρες να έχουν εκπληρώσει τις στρατιωτικές τους υποχρεώσεις ή να έχουν νόμιμη απαλλαγή.

ε) Να κατέχουν τους απαιτούμενους τίτλους σπουδών. Οι τίτλοι που έχουν αποκτηθεί σύμφωνα με το π.δ. 415/1994 (ΦΕΚ Α'236/1994) και τις τροποποιήσεις αυτού είναι ισότιμοι και ισοδύναμοι με τους τίτλους που είναι σύμφωνοι με την υπ' αριθμ. Γ5α/Γ.Π.οικ.64843/29-8-2018(ΦΕΚ Β'4138/2018) υπουργική απόφαση.

Β. Ωράριο απασχόλησης:

Α. Εκτέλεση έως δέκα (-10-) εφημερίες / μήνα στο Νοσοκομείο.

Γ. Αμοιβή:

Σύμφωνα με το σχετικό (6) η αμοιβή ανέρχεται σε 1.800 ευρώ μηνιαίως (180,00€ ανά εφημερία). Επί του καθαρού ποσού υπολογίζονται οι νόμιμες κρατήσεις.

Δ. Απαραίτητα δικαιολογητικά:

α) Αίτηση- δήλωση

β) Υπεύθυνη Δήλωση του ν.1599/1986 στην οποία θα αναφέρουν ότι δεν έχουν καταδικαστεί για αδικήματα ασυμβίβαστα με την δημοσιοϋπαλληλική ιδιότητα.

γ) Αντίγραφο αστυνομικού δελτίου ταυτότητας

δ) 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, όπου απαιτείται. 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 υπ' αριθμ. ΔΙΣΚΠΟ/Φ.15/οικ.8342/01.04.2014 (ΑΔΑ:ΒΙΗ0Χ-6ΥΖ) και ΔΙΑΔΠ/Φ Α.2.3/21119/01.09.2014 (ΑΔΑ:ΒΜ3ΛΧ-ΥΝ9) εγκυκλίου του Υπουργείου Διοικητικής Μεταρρύθμισης και Ηλεκτρονικής Διακυβέρνησης, γίνονται υποχρεωτικά αποδεκτά ευκρινή φωτοαντίγραφα ξενόγλωσσων πτυχίων και πιστοποιητικών, υπό την προϋπόθεση να φαίνεται ότι τα έγγραφα αυτά έχουν επικυρωθεί πρωτίστως από δικηγόρο.

ε) Αντίγραφο απόφασης άδειας ασκήσεως ιατρικού επαγγέλματος

Ε. Υποβολή αιτήσεων συμμετοχής:

Οι ενδιαφερόμενοι καλούνται να υποβάλλουν αίτηση αυτοπροσώπως, είτε με ηλεκτρονικό ταχυδρομείο στην ηλεκτρονική διεύθυνση : prosopiko@vostanio.gov.gr

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

Η Προθεσμία υποβολής των αιτήσεων είναι από **11-12-2025** μέχρι και την **16-12-2025** και ώρα **14.00 μ.μ.**

Η τελική επιλογή θα γίνει από τη Διοίκηση του Γ.Ν. Μυτιλήνης .

Η Πρόσκληση αναρτάται στο ΔΙΑΥΓΕΙΑ, σύμφωνα με τις διατάξεις του ν. 3861/2010 και στην ιστοσελίδα του Νοσοκομείου.

Ο ΔΙΟΙΚΗΤΗΣ

ΚΟΥΤΣΑΝΤΩΝΗΣ ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΣ

Εσωτερική Κοινοποίηση

- Διοικητή
- Δ/ση Ιατρικής Υπηρεσίας
- Δ.Α.Δ.

Κοινοποίηση:

- Ιατρικό Σύλλογο