



**ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ
ΣΥΝΟΧΗΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ**

Καρπενήσι, 15-05-2026

Αρ. Πρωτ. 959

**ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΟ ΧΡΟΝΙΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ
ΕΥΡΥΤΑΝΙΑΣ**

Ταχ. Δ/ση: Προυσιωτίσσης 6, ΤΚ 36100

Πληροφορίες Νάκου Παρασκευή

Τηλέφωνο: 22373-50502

thxpe@0955.syzefxis.gov.gr

E-mail:

Προς: 1. ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΕΥΡΥΤΑΝΙΑΣ. (δεν υπάρχουν αξιολογήσεις). Σύλλογοι - Σωματεία
· **Τσαμπούλη Ν. 2, Καρπενήσι, 36100, ΕΥΡΥΤΑΝΙΑΣ email: isevrytania@gmail.com**

2. Ιατρικός Σύλλογος Φθιώτιδας. Παλαιολόγου 22-24, Λαμία ΤΚ. 35132. E-mail: info@isf.gr. Τηλέφωνο: 22310 22001.

3. Ιατρικός Σύλλογος Αργινίου. Ηλία Ηλιού 5, 30131 Αργίνιο **Email: info@isagrinio.gr**, τηλ. 26410 32317

4. ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΛΑΡΙΣΑΣ. Σύλλογος - Ένωση - Σωματείο, Λάρισα. 2410287777 · **28ης Οκτωβρίου 43, 412 23 Λάρισα**
Email: info@isli.gr.

ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ

παροχής ιατρικών υπηρεσιών για τις ανάγκες του Θεραπευτηρίου Χρόνιων Παθήσεων Ευρυτανίας σύμφωνα με τις υπ' αριθμ. 1854/11-11-2025 (ΑΔΑ:6ΥΦ3465ΙΨ4-Κ2Ξ, ΑΔΑΜ: 25REQ017927709), 1918/21-11-2025 (ΑΔΑ:653Θ465ΙΨ4-30Τ), την αρ.2080/12-12-2025 (ΑΔΑ: ΡΩΓΚ465ΙΨ4-ΘΨΚ), την αρ.2143/23-12-2025 (ΑΔΑ: ΡΞΚΣ465ΙΨ4-5ΘΖ, ΑΔΑΜ: 25REQ018249437), την αρ.139/26-1-2026 (ΑΔΑ: ΡΛ6Χ465ΙΨ4-2ΒΓ, ΑΔΑΜ: 26REQ018386923, την αρ.821/24-4-2026 (ΑΔΑ: 93ΩΥ465ΙΨ4-ΤΘΥ, ΑΔΑΜ: 26REQ018887689), την αρ. 958/15-5-2026 (ΑΔΑ: 9ΞΔ4465ΙΨ4-Τ4Π, ΑΔΑΜ:26REQ019027858) Αποφάσεις Διοικητή

Το Θεραπευτήριο Χρόνιων Παθήσεων Ευρυτανίας, προκειμένου να προβεί σε σύναψη Σύμβασης παροχής **Ιατρικών υπηρεσιών** για χρονικό διάστημα δώδεκα (12) μηνών, καλεί κάθε ενδιαφερόμενο να εκδηλώσει ενδιαφέρον για την ιατρική παρακολούθηση και φροντίδα των περιθαλπόμενων του Θεραπευτηρίου.

Συγκεκριμένα απαιτείται

Ειδικότητα	Αριθμός ατόμων	Κάλυψη Αναγκών	Χρονικό διάστημα	ΠΨ
ΠΕ Ιατρών	1	Δύο ώρες ημερησίως την εβδομάδα εκτός ΣΚ και αργιών	Δώδεκα (12) μήνες	16.800,00€

Η διάρκεια της Σύμβαση Μίσθωσης Έργου της παρ.8 του άρθρου 88 του Ν.4611/2019, θα είναι ετήσιας διάρκειας (12 μήνες) και θα διακοπεί σε περίπτωση πρόσληψης μόνιμου ή επικουρικού ιατρού ή ιατρού με ΣΜΕ του άρθρου 6 του ν. 2527/1997 (ΦΕΚ Α΄206/8.10.1997).

Ο ιατρός θα εκδίδει δελτίο απόδειξης παροχής υπηρεσιών.

Ο Προϋπολογισμός της Σύμβασης ανέρχεται, σε 1.400,00€ μηνιαίως, και συνολικά στο έτος 16.800,00€.

Η δαπάνη θα βαρύνει ίδια έσοδα του Προϋπολογισμού.

Κριτήριο για την απευθείας ανάθεση θα είναι αποκλειστικά η πλέον συμφέρουσα από οικονομική άποψη προσφορά αποκλειστικά Βάσει Τιμής. Η συνολική τιμή δεν μπορεί να υπερβεί το ποσό του προϋπολογισμού (16.800,00€).

Οι παρεχόμενες υπηρεσίες αφορούν:

1. Εξέταση ασθενών -περιθαλπόμενων.
2. Ηλεκτρονική συνταγογράφηση φαρμάκων όλων των Ταμείων και προσκόμιση μηνιαίας λίστας φαρμάκων με την δραστική ουσία στο Διοικητικό (γραφείο προμηθειών) .
3. Ενημέρωση βιβλίου επισκεπτηρίου μετά την εξέταση περιθαλπόμενων.
4. Ενημέρωση βιβλίου παρακολούθησης περιθαλπόμενων.
5. Έκδοση πιστοποιητικών θανάτου περιθαλπόμενων.
6. Παραπομπή των ασθενών περιθαλπόμενων στα απαραίτητα Νοσηλευτικά Ιδρύματα.
7. Παραπομπή για φυσικοθεραπείες των περιθαλπομένων εκείνων που τις έχουν ανάγκη.
8. Συνοδεία των περιθαλπόμενων, μετά από συνεννόηση με το Θεραπευτήριο, σε εξωστρεφείς δράσεις, εκδρομές . Ο ιατρός θα ενημερώνεται από το Θεραπευτήριο για την ημερομηνία της κάθε δράσης δεκαπέντε (15) ημέρες νωρίτερα.

Η απασχόληση του ιατρού στο Θεραπευτήριο θα είναι τουλάχιστον δύο (2) ώρες για πέντε ημέρες την εβδομάδα . Σε έκτακτες περιπτώσεις είναι υποχρεωμένος να παρέχει τις απαραίτητες υπηρεσίες και συμβουλές, στο υπεύθυνο για τους περιθαλπόμενους προσωπικό, είτε τηλεφωνικά είτε με την παρουσία του αν απαιτηθεί.

Προϋπόθεση, επί ποινή απορρίψεως, για τη συμμετοχή ιατρού στη διαγωνιστική διαδικασία ορίζεται η προσκόμιση των παρακάτω δικαιολογητικών:

1. Αντίγραφο τίτλου σπουδών
2. Αντίγραφο τίτλου ιατρικής ειδικότητας Παθολογίας ή Γενικής ιατρικής
3. Άδεια άσκησης επαγγέλματος
4. Αντίγραφο αστυνομικής ταυτότητας
5. Εγγραφή στον οικείο ιατρικό σύλλογο

Σε περίπτωση που ο τίτλος σπουδών έχει χορηγηθεί από Πανεπιστήμιο της αλλοδαπής, θα πρέπει να υποβληθούν επιπροσθέτως και οι νόμιμες βεβαιώσεις ισοτιμίας ή αντιστοιχίας.

Παρακαλούμε οι ενδιαφερόμενοι να εκδηλώσουν το ενδιαφέρον τους αποστέλλοντας τα δικαιολογητικά μέσω email ή στο Γραφείο Γραμματείας – Πρωτοκόλλου, τα οποία θα περιλαμβάνουν α) την αίτηση – Οικονομική προσφορά σύμφωνα με το παράρτημα Ι, και β) τα παραπάνω 1 ως 5 δικαιολογητικά, το αργότερο μέχρι την Πέμπτη 21-5-2026 και ώρα 13:00 μ.μ. στο Γραφείο Γραμματείας – Πρωτοκόλλου, στο Θεραπευτήριο Χρόνιων Παθήσεων Ευρυτανίας, στην διεύθυνση Προυσιωτίσσης 6, Καρπενήσι. (τηλ. επικοινωνίας 2237350501-2) ή ηλεκτρονικά μέσω email thxpe@0955.syzefxis.gov.gr

Στο εξωτερικό μέρος του φακέλου θα αναγράφεται ευκρινώς:

- Η λέξη «ΠΡΟΣΦΟΡΑ».
- Ο πλήρης τίτλος της αρμόδιας Υπηρεσίας που διενεργεί την Πρόσκληση (Θεραπευτήριο Χρόνιων Παθήσεων Ευρυτανίας).
- Ο αριθμός της Πρόσκλησης
- Τα στοιχεία του συμμετέχοντος (ονοματεπώνυμο, διεύθυνση, τηλέφωνο, e-mail)

Προσφορά που κατατίθεται μετά την ορισθείσα ημερομηνία και ώρα επιστρέφεται στον προσφέροντα ως εκπρόθεσμη. Μετά το πέρας της καθορισμένης ώρας θα γίνει αποσφράγιση και αξιολόγηση των προσφορών από την ορισθείσα επιτροπή.

Η παρούσα πρόσκληση θα αναρτηθεί στο πρόγραμμα ΚΗΜΔΗΣ και στην ιστοσελίδα του Θεραπευτηρίου www.thevrytaniass.gr.

Ο Διοικητής του Θ.Χ.Π.Ε

Φακίτσας Σταύρος

ΑΙΤΗΣΗ

ΠΡΟΣ :

**ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΟ ΧΡΟΝΙΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ
ΕΥΡΥΤΑΝΙΑΣ - Ν.Π.Δ.Δ.**

Επώνυμο:
Όνομα.....
Όνομα Πατρός:.....
Α.Δ.Τ.....
Τόπος κατοικίας:
Οδός:
Αρ.:.....Τ.Κ.:
Τηλέφωνο σταθερό:
Τηλέφωνο κινητό:

Παρακαλώ να εξετάσετε το αίτημά μου για την παροχή ιατρικών υπηρεσιών προς το Θεραπευτήριο ως Ιατρού ειδικότητας Παθολογίας ή γενικής ιατρικής σύμφωνα με την αρ. Πρωτ.959/15-5-2026 Πρόσκληση εκδήλωσης ενδιαφέροντος.

Συνημμένα υποβάλλω:

1. Αντίγραφο τίτλου σπουδών
2. Αντίγραφο τίτλου ιατρικής ειδικότητας Παθολογίας
3. Άδεια άσκησης επαγγέλματος
4. Αντίγραφο αστυνομικής ταυτότητας
5. Εγγραφή στον οικείο ιατρικό σύλλογο

ήτοι:
.....
.....
.....

**ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΠΡΟΣΦΟΡΑ ΓΙΑ ΤΟ ΣΥΝΟΛΟ
ΤΗΣ ΣΥΜΒΑΣΗΣ ΕΝΟΣ ΕΤΟΥΣ:**

.....
Ολογράφως:
.....
.....

Ημερομηνία

Η/Ο ΑΙΤ.....