



ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
5^η ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ
ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ & ΣΤΕΡΕΑΣ ΕΛΛΑΔΑΣ
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΛΑΜΙΑΣ

ΑΝΑΡΤΗΤΕΑ ΣΤΟ ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ

Λαμία 02 /02/2026
Αριθμ. Πρωτ : Π/2302

Πρόσκληση εκδήλωσης ενδιαφέροντος
για συνεργασία με το ΝΠΔΔ με την επωνυμία Γενικό Νοσοκομείο Λαμίας
ενός (1) ιδιώτη ΠΕ Ιατρού ειδικότητας Ακτινοθεραπευτικής Ογκολογίας, για κάλυψη
αναγκών της Ειδικής Ακτινοθεραπευτικής Μονάδας, για χρονικό διάστημα ενός (1)
έτους, με καθεστώς έκδοσης από αυτόν δελτίου απόδειξης παροχής υπηρεσιών και προς
τούτο έκδοση αντίστοιχων δελτίων παροχής υπηρεσιών του ιατρού προς το Νοσοκομείο
για τους ασθενείς στο Νοσοκομείο Λαμίας.

Ο ΔΙΟΙΚΗΤΗΣ ΤΟΥ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΛΑΜΙΑΣ

Έχοντας υπόψη:

- Τις διατάξεις του άρθρου 41 του Ν.4058/2012 (ΦΕΚ 63/Α/2012) όπως τροποποιήθηκε με το άρθρο 44 του νόμου 4486/2017(Α' 115) εν συνεχεία τροποποιήθηκε με το άρθρο 47 του ν.4633/2019(ΦΕΚ 161 τ.Α'), το άρθρο 104 του ν. 5034/2023 (ΦΕΚ 69 / Α'), με το άρθρο 5 του Ν.5046/29-7-2023(ΦΕΚ 137 Α') και με το άρθρο 27 του ν.5012/2024 (ΦΕΚ 55/Α) και το άρθρο 34 του ν.5161/2024(Α' 196/29.11.2024) και ισχύει.
- Την υπ' αριθμ. Α3α/ οικ. 110515/2014 Κοινή Υπουργική Απόφαση (ΦΕΚ 3444/τ. Β /22-12-2014) «Οργανισμός του Γενικού Νοσοκομείου Λαμίας»
- Το με αρ. πρωτ. 3258 / 13-01-2026 έγγραφο της 5ης Υ.Πε. Θεσσαλίας & Στερεάς Ελλάδας, καθώς και το με αρ. πρωτ. Π/990 / 13-01-2026 έγγραφο του ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΛΑΜΙΑΣ αναφορικά με τη συνεργασία του νοσοκομείου με έναν (1) ιδιώτη ιατρό ειδικότητας ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ-ΟΓΚΟΛΟΓΙΑΣ, για την κάλυψη των αναγκών του νοσοκομείου, με καθεστώς έκδοσης δελτίου απόδειξης παροχής υπηρεσιών.
- Το από 14-01-2026 (Π/1031/14-01-2026) έγγραφο της 5ης Υ.Πε. Θεσσαλίας & Στερεάς Ελλάδας.
- Την με αρ. πρωτ. Π/719/08-01-2026 (ΑΔΑ: ΡΚΡΞ4690ΒΜ-ΚΥΑ) Απόφαση Διοικητή του ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΛΑΜΙΑΣ.
- Την με αρ. πρωτ. Β/941/13-01-2026 Βεβαίωση Δέσμευσης Πίστωσης του ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΛΑΜΙΑΣ.
- Την υπ' αριθμ. πρωτ. Β2α, Β1α/οικ. 3704 / 23 - 01 - 2026 βεβαίωση του Γ.Δ.Ο.Υ του Υ.Υ.
- Το με αρ. πρωτ. 9073 / 02-02-2026 έγγραφο της 5ης Υ.Πε. Θεσσαλίας & Στερεάς Ελλάδας με το οποίο μας διαβιβάστηκε συνημμένα η υπ' αριθμ. Γ4β/ 1746/28-01-2026 εγκριτική απόφαση του Υπουργείου Υγείας σχετικά με την έγκριση συνεργασίας του ΓΝ Λαμίας με έναν (1) Ιδιώτη ιατρό, ειδικότητας ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΟΓΚΟΛΟΓΙΑΣ, με καθεστώς ΑΠΥ.
- Τις επιτακτικές υπηρεσιακές ανάγκες, για την ομαλή και εύρυθμη λειτουργία της Ειδικής Ακτινοθεραπευτικής Μονάδας,

Προσκαλούμε τους ενδιαφερόμενους για συνεργασία με το Γενικό Νοσοκομείο Λαμίας και συγκεκριμένα ενός (1) ιδιώτη ΠΕ Ιατρού ειδικότητας Ακτινοθεραπευτικής Ογκολογίας, για κάλυψη αναγκών της Ειδικής Ακτινοθεραπευτικής Μονάδας, για χρονικό διάστημα ενός (1) έτους, με καθεστώς έκδοσης από αυτόν δελτίου απόδειξης παροχής υπηρεσιών και προς τούτο έκδοση αντίστοιχων δελτίων παροχής υπηρεσιών του ιατρού προς το Νοσοκομείο για τους ασθενείς στο Νοσοκομείο Λαμίας. Η συνεργασία του Ιατρού θα αφορά καθεστώς πλήρους -αλλά όχι αποκλειστικής απασχόλησης-αμοιβή ίση με αυτή του Επιμ. Β' και κάλυψη κατ' ανώτατο μηνιαίο όριο έως επτά (7) εφημερίες.

Κριτήρια Επιλογής

1. ΤΥΠΙΚΑ ΠΡΟΣΟΝΤΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΑΤΑΛΗΨΗ ΤΗΣ ΘΕΣΗΣ

Απαιτούμενα προσόντα (για τη θέση)

Πτυχίο ή δίπλωμα Ιατρικής Α.Ε.Ι. άδεια άσκησης επαγγέλματος, άδεια τίτλου αντίστοιχης Ειδικότητας

2. ΕΜΠΕΙΡΙΑ

Ως εμπειρία για την θέση **ΠΕ Ιατρού ειδικότητας Ακτινοθεραπευτικής Ογκολογίας** νοείται η αποδεδειγμένη απασχόληση με σχέση εργασίας ή σύμβαση έργου στον δημόσιο ή ιδιωτικό τομέα ή άσκηση επαγγέλματος σε καθήκοντα ΠΕ Ιατρού ειδικότητας Ακτινοθεραπευτικής Ογκολογίας.

3. Διαδικασία Αξιολόγησης:

Οι υποψηφιότητες θα αξιολογηθούν από τριμελή επιτροπή αξιολόγησης, η οποία θα συγκροτηθεί στην περίπτωση εκδήλωσης ενδιαφέροντος. Υποβληθείσα αίτηση η οποία δεν πληροί τις προϋποθέσεις υποβολής και όλα τα απαιτούμενα για τη θέση δικαιολογητικά και προσόντα δεν βαθμολογείται και απορρίπτεται.

Οι υποψήφιοι πρέπει να είναι:

1. 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 επιτεδευματίες.
6. Εφόσον προσληφθούν να εγγραφούν στον Ιατρικό σύλλογο Φθιώτιδας .
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

Υποβολή αιτήσεων συμμετοχής

Οι ενδιαφερόμενοι καλούνται να υποβάλλουν αίτηση αυτοπροσώπως, είτε με άλλο εξουσιοδοτημένο από αυτούς πρόσωπο, στο πρωτόκολλο του Γενικού Νοσοκομείου Λαμίας είτε ταχυδρομικά με συστημένη επιστολή, από την οποία θα προκύπτει ότι η αποστολή έλαβε χώρα μέσα στην οριζόμενη δια της παρούσας προθεσμία, στο Νοσοκομείο Λαμίας στη διεύθυνση:

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΛΑΜΙΑΣ, Παπασιοπούλου τέρμα, ΤΚ 35100, Λαμίας, με την ένδειξη

«ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ ΓΙΑ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΠΕ ΙΑΤΡΟ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑΣ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ - ΟΓΚΟΛΟΓΙΑΣ»

Με την αίτηση συνυποβάλλονται:

- Ακριβές αντίγραφο αστυνομικής ταυτότητας.
- Υπεύθυνη δήλωση στην οποία θα αναφέρουν ότι δεν έχουν καταδικαστεί για αδικήματα ασυμβίβαστα με την δημοσιοϋπαλληλική ιδιότητα.
- Έγγραφα απόδειξης εμπειρίας
- Ακριβές αντίγραφο τίτλου σπουδών.
- Άδεια άσκησης επαγγέλματος
- Άδεια τίτλου αντίστοιχης ειδικότητας
- Σύντομο βιογραφικό σημείωμα
- Υπεύθυνη δήλωση θεωρημένη αρμοδίως και νομίμως για την γνησιότητα της υπογραφής ότι μέχρι και την ημέρα υποβολής της αίτησής τους είναι:

α) ασφαλιστικά ενήμεροι ως προς τις υποχρεώσεις τους, που αφορούν εισφορές κοινωνικής ασφάλισης (κύριας και επικουρικής) και

β) φορολογικά ενήμεροι ως προς τις φορολογικές υποχρεώσεις

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 **ΦΘΙΩΤΙΔΑΣ**.

4. Η προθεσμία υποβολής των αιτήσεων ορίζεται δια της παρούσης από **02-02-2026 μέχρι και 11-02-2026 (σφραγίδα του ταχυδρομείου)**

Ως ημερομηνία κατάθεσης, λογίζεται η ημερομηνία αποστολής του φακέλου, η οποία αποδεικνύεται από τη σφραγίδα ταχυδρομείου ή με αποδεικτικό της εταιρείας ταχυμεταφοράς, ο οποίος μετά την αποσφράγιση του επισυνάπτεται στην αίτηση των υποψηφίων. Αιτήσεις που θα υποβληθούν μετά την ανωτέρω ημερομηνία, θα απορρίπτονται ως εκπρόθεσμες και δεν θα αξιολογούνται.

Ανακοίνωση Αποτελεσμάτων

Οι Αποφάσεις Πρόσληψης θα αναρτηθούν στην Διαύγεια.

Δικαίωμα καταγγελίας σύμβασης

Ο Διοικητής του Γ.Ν. Λαμίας ευθύνης της 5^{ης} Υγειονομικής Περιφέρειας Θεσσαλίας και Στερεάς Ελλάδας, ως πρώτος συμβαλλόμενος της σύμβασης που θα υπογραφεί διατηρεί το δικαίωμα καταγγελίας της σύμβασης σε περίπτωση διαπίστωσης ανεπαρκούς ή ελλιπούς παροχής υπηρεσίας του δεύτερου συμβαλλόμενου (προσλαμβανόμενου) και προχωρά άμεσα σε αντικατάστασή του από τον αμέσως επόμενο υποψήφιο αυτής της ειδικότητας στο πίνακα κατάταξης, για το υπολειπόμενο χρονικό διάστημα.

**Ο ΔΙΟΙΚΗΤΗΣ ΤΟΥ Γ.Ν. ΛΑΜΙΑΣ
ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ ΛΑΡΜΠΙ ΛΑΧΛΑΛΙ**

ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ

1. Υπουργείο Υγείας
Δ/ση Ανθρώπινου Δυναμικού
Νομικών Προσώπων, Τμήμα Β'
email: aitimataepikourikou@moh.gov.gr
2. 5η ΥΠΕ Θεσσαλίας & Στερεάς Ελλάδας
email : hr@dypethessaly.gr
3. Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο
email: pisinfo@pis.gr
4. Ιατρικό Σύλλογο Φθιώτιδας
email: info@isf.gr
5. Ιατρικό Σύλλογο Εύβοιας
info@isevia.gr
6. Δ/ντρια Ιατρικής Υπηρεσίας
7. Προσ. Προϊστάμενο Ογκολογικού Τμ.
8. Οικονομικό Τμήμα

ΑΚΡΙΒΕΣ ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ