



Περιφερειακή Οδός Θεσ/νίκης  
564 03 Νέα Ευκαρπία  
www.papageorgiou-hospital.gr

ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ

Διευθύντρια: Ευαγγελία Σταυροπούλου

T 2313 323128

F 2310 685111

**Γραφείο Προμηθειών**

Πληρ: κα Αλεξάνδρα Τζώνου

Τηλ.: 2313 32.3115, fax: 2313 32.3969

Ηλεκτρ. Δ/ση: [pr@papageorgiou-hospital.gr](mailto:pr@papageorgiou-hospital.gr)

**ΑΝΑΡΤΗΤΕΑ ΣΤΟ ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ**

Θεσ/νίκη, 25.10.2021

**ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΛΗΡΩΣΗ ΜΙΑΣ (1) ΘΕΣΗΣ ΕΙΔΙΚΟΥ ΒΙΟΛΟΓΟΥ, ΩΣ ΕΚΤΑΚΤΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ, ΜΕ ΣΥΜΒΑΣΗ ΑΝΑΘΕΣΗΣ ΕΡΓΟΥ, ΓΙΑ ΕΝΑ (1) ΕΤΟΣ, ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΤΟΥ ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΟΥ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟΥ, συνολικής προϋπολογιστικής δαπάνης 18.000,00 € συμπεριλαμβανομένων κρατήσεων, ασφαλιστικών και εργοδοτικών εισφορών καθώς και τυχόν Φ.Π.Α., με CPV:85111200-2 (α/α Δ06.2021).**

Έχοντας υπόψη την υπ' αριθμ. ΔΣ 605/20.10.2021 (Θέμα 5<sup>ο</sup>) απόφαση του Διοικητικού Συμβουλίου, το Νοσοκομείο διενεργεί πρόσκληση εκδήλωσης ενδιαφέροντος για την ανάθεση των καθηκόντων ειδικού Βιολόγου, για την εργαστηριακή υποστήριξη του Αιματολογικού Εργαστηρίου με σύμβαση έργου **διάρκειας ενός (1) έτους**.

Οι ενδιαφερόμενοι υποψήφιοι θα πρέπει να συγκεντρώνουν τα παρακάτω προσόντα:

**1. ΤΥΠΙΚΑ ΠΡΟΣΟΝΤΑ**

Οι υποψήφιοι θα πρέπει να κατέχουν:

- Πτυχίο Βιολογίας, πανεπιστημιακής εκπαίδευσης.
- Αποδεδειγμένη εμπειρία (όπως αυτή προκύπτει από τίτλους σπουδών και εργασιακή εμπειρία) σε κλινικό και ερευνητικό εργαστήριο Αιματολογικού Τμήματος.

**2. ΠΡΟΣΘΕΤΑ ΠΡΟΣΟΝΤΑ**

Είναι επιθυμητά και θα συνεκτιμηθούν, σε περίπτωση ισοδύναμων προσφορών, τα παρακάτω πρόσθετα προσόντα:

- Άριστη γνώση της Αγγλικής.
- Άριστη γνώση χειρισμού υπολογιστών.

**Απαραίτητη προϋπόθεση** : ο υποψήφιος να είναι πλήρως εμβολιασμένος έναντι της νόσου covid-19, σύμφωνα με τα προβλεπόμενα στο άρθρο 207 του Ν. 4820/2021.

**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 ακρίβεια 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.

### 3. ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ-ΕΠΙΛΟΓΗ

3.1. 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 πρόσκλησης.

3.2. Θα πρέπει επίσης να αναφέρουν στην αίτησή τους, ολογράφως και αριθμητικά, την **ετήσια αμοιβή** που επιθυμούν να λαβαίνουν, συμπεριλαμβανομένου τυχόν Φ.Π.Α., φόρων, ασφαλιστικών κρατήσεων ελεύθερου επαγγελματία, η οποία δεν μπορεί να είναι ανώτερη του ποσού των **18.000,00 €**.

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

3.4. Αιτήσεις που δεν συνοδεύονται από επαρκή τεκμηρίωση κάποιου εκ των πρόσθετων προσόντων του άρθρου 2 δεν λαμβάνονται υπόψη.

3.5. Θα επιλεγεί ο υποψήφιος συμβασιούχος με την χαμηλότερη ετήσια αμοιβή.

3.6. Μετά την ανάδειξη του συμβασιούχου και με 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.

#### 4. ΔΙΑΡΚΕΙΑ

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

#### 5. ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗ-ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

5.1. Ο συμβασιούχος που θα επιλεγεί και θα υπογράψει σύμβαση θα απασχολείται στο Αιματολογικό Εργαστήριο του Νοσοκομείου, με την αυτοπρόσωπη παρουσία του, σε βάση μηνιαίου προγράμματος εργασίας που θα καθορίζεται τον προηγούμενο μήνα και θα συμφωνείται με τη Διεύθυνση του Αιματολογικού Εργαστηρίου. 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.

5.2. Ο συμβασιούχος θα παρέχει τις παραπάνω υπηρεσίες τουλάχιστον **εκατόν εβδομήντα έξι (176) ώρες το μήνα**, εντός του χρόνου που θα καθορίζεται από τον Διευθυντή του Αιματολογικού Εργαστηρίου, ανάλογα με τις ανάγκες λειτουργίας του ως άνω Εργαστηρίου.

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

5.4. 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.

#### 6. ΕΜΠΙΣΤΕΥΤΙΚΟΤΗΤΑ - ΕΧΕΜΥΘΕΙΑ

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

6.2. Ο συμβασιούχος, 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.

6.3. 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 κοινοποίησης εγγράφων - στοιχείων, σε τρίτους και β) την άμεση και στο διηνεκές παύση κοινοποίησης εγγράφων - στοιχείων, σε τρίτους, στο μέλλον.

6.4. Ο συμβασιούχος, 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, 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.

## 7. ΑΜΟΙΒΗ – ΠΛΗΡΩΜΕΣ – ΕΙΣΦΟΡΕΣ

7.1. Η αμοιβή του συμβασιούχου 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.

7.2. Στην ως άνω αμοιβή επίσης θα περιλαμβάνονται το σύνολο των κάθε φύσης ασφαλιστικών εισφορών ως ελεύθερου επαγγελματία και ο τυχόν Φ.Π.Α. εάν υπάρχει.

7.3. 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.

7.4. 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 Αιματολογικού Εργαστηρίου.

7.5. 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.**

**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 15:00 την 03<sup>η</sup> Νοεμβρίου 2021 (ημέρα Τετάρτη).**

**Ημερομηνία αποσφράγισης των Φακέλων: η 04<sup>η</sup> Νοεμβρίου 2021, ώρα 10:00 (ημέρα Πέμπτη).**

**Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΟΥ Δ.Σ.**

**ΜΙΧΑΗΛ ΚΑΡΑΒΙΩΤΗΣ**