



**Γραφείο Προμηθειών**

Πληρ: κα. Ανοιζούδη Ειρήνη

Τηλ.: 2313 32.3115, fax: 2313 32.3969

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

**ΑΝΑΡΤΗΤΕΑ ΣΤΟ ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ**

Θεσσαλονίκη, 10-05-2023

Αρ. Πρωτ.: 14541

(Π.26/2023)

**ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ ΣΥΜΒΑΣΗΣ ΕΡΓΟΥ**

ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΑΘΕΣΗ ΚΑΘΗΚΟΝΤΩΝ ΙΑΤΡΟΥ ΠΥΡΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ, ΠΡΟΣ ΚΑΛΥΨΗ ΑΝΑΓΚΩΝ ΤΟΥ Γ' ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟΥ ΠΥΡΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ Α.Π.Θ. ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ, ΧΡΟΝΙΚΗΣ ΔΙΑΡΚΕΙΑΣ ΕΝΟΣ (1) ΕΤΟΥΣ, ΠΡΟΫΠΟΛΟΓΙΣΤΙΚΗΣ ΔΑΠΑΝΗΣ 30.000,00€ ΣΥΜΠΕΡΙΛΑΜΒΑΝΟΜΕΝΟΥ ΚΡΑΤΗΣΕΩΝ, ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΩΝ ΕΙΣΦΟΡΩΝ ΚΑΙ ΤΥΧΟΝ Φ.Π.Α. 24%, ΜΕ ΔΥΝΑΤΟΤΗΤΑ ΠΑΡΑΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΣΥΜΒΑΣΗΣ ΓΙΑ ΕΝΑ (1) ΕΠΙΠΛΕΟΝ ΕΤΟΣ. CPV : 85111200-2.

Το Γ.Ν.ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ έχοντας υπόψη:

1. Τις διατάξεις του Ν.4412/2016 «Δημόσιες Συμβάσεις Έργων, Προμηθειών και Υπηρεσιών» (προσαρμογή στις Οδηγίες 2014/24/ΕΕ και 2014/25/ΕΕ), όπως τροποποιημένος ισχύει.
2. Την υπ' αριθ. Α1α / 8342 / 10-07-1998 κοινή υπουργική απόφαση των Υπουργών Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας (ΦΕΚ Β' 711) «Έγκριση του Εσωτερικού Κανονισμού Λειτουργίας του Γενικού Περιφερειακού Νοσοκομείου Παπαγεωργίου», όπως τροποποιήθηκε, συμπληρώθηκε και ισχύει σήμερα.
3. Τις διατάξεις των άρθρων 15 και 17 της από 24-05-1991 Σύμβασης μεταξύ του Ελληνικού Δημοσίου και του Ιδρύματος «Ίδρυμα Παπαγεωργίου», που κυρώθηκε με το Ν. 1964 / 1991 (ΦΕΚ 146 / τεύχος Α' / 26-09-1991), όπως τροποποιήθηκε, συμπληρώθηκε και ισχύει σήμερα.
4. Την υπ' αριθ. Γ4β/Γ.Π. 66112/2022 / 22-02-2023 (ΦΕΚ 181/01-03-2023, Τεύχος Υ.Ο.Δ.Δ.) ΚΥΑ του Υπουργού Υγείας και της Αναπληρώτριας Υπουργού Υγείας περί συγκρότησης και ορισμού μελών στο Διοικητικό Συμβούλιο του Γ.Ν. «ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ», αρμοδιότητας 3ης Υ.Πε. Μακεδονίας.
5. Την υπ. αρ. πρωτ. 652<sup>η</sup> / 03-05-2023 (Θέμα 5<sup>ο</sup>) απόφαση του Δ.Σ. του Γ.Ν.ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ (ΑΔΑ: ΨΣΚΟ469ΗΑΞ-Ε6Θ) με την οποία εγκρίθηκε η ανάρτηση πρόσκλησης εκδήλωσης ενδιαφέροντος, για την ανάθεση καθηκόντων Ιατρού – Ειδικότητας Πυρηνικής Ιατρικής, με σύμβαση έργου, για την εξυπηρέτηση των αναγκών του Γ' Εργαστηρίου Πυρηνικής Ιατρικής του Α.Π.Θ. του Νοσοκομείου, χρονικής διάρκειας ενός (1) έτους, προϋπολογιστικής δαπάνης 30.000,00€ συμπεριλαμβανομένων κρατήσεων, ασφαλιστικών εισφορών και τυχόν Φ.Π.Α. 24%, καθώς και η σχετική ανάληψη υποχρέωσης.

## ΠΡΟΣΚΑΛΕΙ

κάθε ενδιαφερόμενο να καταθέσει προσφορά για την ανάθεση καθηκόντων Ιατρού – Ειδικότητας Πυρηνικής Ιατρικής με σύμβαση έργου, για το Γ' Εργαστήριο Πυρηνικής Ιατρικής του Α.Π.Θ. του Νοσοκομείου, ως κατωτέρω :

### 1. ΠΡΟΣΟΝΤΑ ΥΠΟΨΗΦΙΟΥ

1. Πτυχίο Α.Ε.Ι. Ιατρικής.
2. Άδεια Ασκήσεως Επαγγέλματος.
3. Τίτλο ειδικότητας Πυρηνικής Ιατρικής.
4. Τίτλοι Μεταπτυχιακών ή Μετεκπαιδεύσεις.
5. Προϋπηρεσία - εμπειρία ως ειδικός πυρηνικός ιατρός τουλάχιστον έξι (6) έτη.

### 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 ακρίβειά τους.
- 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.
- 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 στην Αγγλική Γλώσσα.
- 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.

### 2. ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ – ΕΠΙΛΟΓΗ

2.1. Οι ενδιαφερόμενοι – υποψήφιοι συμβασιούχοι θα πρέπει να καταθέσουν στο Γραφείο Προμηθειών του Νοσοκομείου φάκελο που θα περιλαμβάνει: 1) πλήρες βιογραφικό σημείωμα, 2) συμπληρωμένη την αίτηση του Παραρτήματος 'Α, στην οποία θα αναγράφουν: α) ότι έχουν λάβει πλήρως γνώση και συμφωνούν με τους όρους της παρούσας πρόσκλησης και β) τη μηνιαία μικτή αμοιβή που επιθυμούν (στην οποία θα περιλαμβάνεται ο τυχόν ΦΠΑ), λαμβάνοντας υπόψη ότι ο συνολικός προϋπολογισμός του έργου για ένα (1) έτος ανέρχεται στο ποσό των 30.000€, συμπεριλαμβανομένου τυχόν ΦΠΑ και λοιπών κρατήσεων και 3) όλα τα απαιτούμενα δικαιολογητικά/πιστοποιητικά για την τεκμηρίωση των προσόντων του ως άνω άρθρου 1ου.

2.2. Αιτήσεις που δεν συνοδεύονται από επαρκή τεκμηρίωση των προσόντων του άρθρου 1ου ή που καθορίζουν αμοιβή εκτός του προϋπολογισμού προηγούμενης παραγράφου απορρίπτονται.

2.3. Σε περίπτωση που προκύψει ισοτιμία (απόκλιση προσφερόμενης αμοιβής σε ποσοστό έως 1%) ανάμεσα σε δύο ή περισσότερους υποψηφίους, θα επιλεγεί με σειρά προτεραιότητας:

- ο υποψήφιος ανάδοχος με την μεγαλύτερη προϋπηρεσία σε κλινικό έργο.
- ο υποψήφιος ανάδοχος με τα περισσότερα μεταπτυχιακά – διδακτορικό.
- ο υποψήφιος ανάδοχος με τις περισσότερες εξειδικεύσεις – μετεκπαιδεύσεις.
- ο υποψήφιος ανάδοχος με το μεγαλύτερο πιστοποιημένο ερευνητικό έργο.

2.4. Η σύμβαση υπογράφεται με τον μειοδότη υποψήφιο που καλύπτει όλα τα απαιτούμενα προσόντα του άρθρου 1ου. Μόνο σε περίπτωση που δεν έχουν κατατεθεί ή έχουν απορριφθεί όλες οι προσφορές λόγω μη πλήρωσης των απαιτούμενων προσόντων, δύναται να γίνει δεκτή προσφορά με μικρή απόκλιση από τα απαιτούμενα προσόντα, κατά την κρίση της επιτροπής αξιολόγησης του διαγωνισμού και με απόφαση του Δ.Σ. του νοσοκομείου.

2.5. Μετά την ανάδειξη του συμβασιούχου και πριν την υπογραφή της σύμβασης θα πρέπει ο υποψήφιος που επιλέχθηκε να καταθέσει:

- Απόσπασμα ποινικού μητρώου έκδοσης του τελευταίου τριμήνου, από το οποίο να προκύπτει ότι δεν υπάρχουν καταδίκες.
- 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.

### **3. ΔΙΑΡΚΕΙΑ**

Η διάρκεια της σύμβασης θα είναι ένα (1) έτος και δύναται να παραταθεί για ένα (1) έτος ακόμη, με την έγκριση της Διοίκησης του Νοσοκομείου, μετά από σχετικό αίτημα του Διευθυντή του Γ' Εργαστηρίου Πυρηνικής Ιατρικής Α.Π.Θ. του Νοσοκομείου ή του Διευθυντή της Ιατρικής Υπηρεσίας και τη σύμφωνη γνώμη του συμβασιούχου ιατρού.

### **4. ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗ-ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΕΡΓΑΣΙΑΣ**

4.1. Ο συμβασιούχος ιατρός που θα επιλεγεί και θα υπογράψει σύμβαση θα απασχολείται ως Ιατρός με Ειδικότητα Πυρηνικής Ιατρικής στο Εργαστήριο Πυρηνικής Ιατρικής του Α.Π.Θ. του Νοσοκομείου, με την αυτοπρόσωπη παρουσία του, για την κάλυψη πενήτεριου πρωινού ωραρίου, σε βάση μηνιαίου προγράμματος εργασίας που θα καθορίζεται τον προηγούμενο μήνα εργασίας και που θα συμφωνείται με τη Διεύθυνση του τμήματος.

4.2. Ο συμβασιούχος ιατρός κατά τη συνολική διάρκεια του ενός (1) έτους της σύμβασης που θα προκύψει, θα δικαιούται αμειβόμενη απουσία είκοσι (20) εργάσιμων ημερών αναλογικά, στη βάση προγραμματισμού που θα συμφωνηθεί με τον Διευθυντή του Γ' Εργαστηρίου Πυρηνικής Ιατρικής Α.Π.Θ. του Νοσοκομείου.

4.3. Ο συμβασιούχος ιατρός θα συνεργάζεται άμεσα με το προσωπικό του Εργαστηρίου του Νοσοκομείου και θα βρίσκεται υπό την εποπτεία της Διεύθυνσης του τμήματος, στις εντολές και στις οδηγίες της οποίας θα πρέπει να πειθαρχεί. 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.

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

4.5. 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.

4.6. Ο συμβασιούχος ιατρός θα χρησιμοποιεί για την εκτέλεση του έργου του, τους χώρους, εγκαταστάσεις και εξοπλισμό του Νοσοκομείου, υποχρεούμενος να επιμελείται τα εμπιστευθέντα σε αυτόν πράγματα ευθυνόμενος σε αντίθετη περίπτωση για τις επιζήμιες συνέπειες.

4.7. Η ορθή εκτέλεση – έλεγχος παρεχόμενων υπηρεσιών, θα πιστοποιείται με βεβαίωση παραλαβής και καλής εκτέλεσης του έργου από τον Διευθυντή του Γ' Εργαστηρίου Πυρηνικής Ιατρικής Α.Π.Θ. του Νοσοκομείου.

## **5. ΕΜΠΙΣΤΕΥΤΙΚΟΤΗΤΑ - ΕΧΕΜΥΘΕΙΑ**

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

5.2. Ο συμβασιούχος ιατρός, 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.

5.3. 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 κοινοποίησεως εγγράφων – στοιχείων, σε τρίτους και β) την άμεση και στο διηνεκές παύση κοινοποίησης εγγράφων – στοιχείων, σε τρίτους, στο μέλλον.

5.4. Ο συμβασιούχος ιατρός, 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 ιατρό, 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.

## **6. ΑΜΟΙΒΗ – ΠΛΗΡΩΜΕΣ – ΕΙΣΦΟΡΕΣ**

6.1. Η αμοιβή του ιατρού 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.

6.2. Στην ως άνω αμοιβή επίσης θα περιλαμβάνονται το σύνολο των κάθε φύσης ασφαλιστικών εισφορών ελεύθερου επαγγελματία.

6.3. 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.

6.4. 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 Γ' Εργαστηρίου Πυρηνικής Ιατρικής Α.Π.Θ. του Νοσοκομείου.

6.5. Σε κάθε πληρωμή παρακρατείται φόρος εισοδήματος, κατά τα προβλεπόμενα από τις διατάξεις του Κ.Φ.Δ. Οι ασφαλιστικές εισφορές που βαρύνουν αποκλειστικά τον συμβασιούχο.

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 10:00 την 22<sup>η</sup> Μαΐου 2023 (ημέρα Δευτέρα).**

**Ημερομηνία αποσφράγισης των Φακέλων: η 22<sup>η</sup> Μαΐου 2023 (ημέρα Δευτέρα) και ώρα 11:00.**

**Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΟΥ Δ.Σ.**

**ΜΙΧΑΗΛ ΚΑΡΑΒΙΩΤΗΣ**

**ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α'**

**(ΑΙΤΗΣΗ – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ)**

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

ΠΡΟΣ(1):					
Ο – Η Όνομα:		Επώνυμο:			
Όνομα και Επώνυμο Πατέρα:					
Όνομα και Επώνυμο Μητέρας:					
Ημερομηνία γέννησης(2):					
Τόπος Γέννησης:					
Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας:		Τηλ:			
Τόπος Κατοικίας:		Οδός		Αριθ:	TK:
Αρ. Τηλεομοιοτύπου (Fax):		Δ/ση Ηλεκτρ. Ταχυδρομείου (Email):			

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις (3), που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι μέχρι την ημέρα υποβολής – αποστολής της συμμετοχής μου:

1) Έλαβα γνώση και αποδέχομαι πλήρως και ανεπιφυλάκτως όλους τους όρους της υπ' αριθμ. Π.26/2023 πρόσκλησης του Γ.Ν.Θ. Παπαγεωργίου, με αρ. πρωτ.....

2) Όλα τα έγγραφα δικαιολογητικά προς απόδειξη των απαιτούμενων προσόντων, είναι ακριβή αντίγραφα των πρωτοτύπων τα οποία και θα επιδείξω εάν μου ζητηθεί από την Υπηρεσία.

3) Κατά την υπογραφή της σύμβασης θα καταθέσω όλα τα ζητούμενα δικαιολογητικά κατακύρωσης (αντίγραφο ποινικού μητρώου, φορολογική και ασφαλιστική ενημερότητα, αποδεικτικά έγγραφα νομιμοποίησης – έναρξη επιτηδεύματος).

Η αίτησή μου αφορά την ειδικότητα ΙΑΤΡΟΥ ΠΥΡΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ, σύμφωνα με τους όρους της υπ'αρ. Π.26/2023 πρόσκλησης, με ετήσια αμοιβή....., ήτοι μηνιαία αμοιβή .....€ (ολογράφως:.....), στην οποία περιλαμβάνονται κρατήσεις, ασφαλιστικές εισφορές και τυχόν Φ.Π.Α.

Ημερομηνία:

Ο/Η Δηλ.....

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται από τον ενδιαφερόμενο πολίτη ή Αρχή ή η Υπηρεσία του δημόσιου τομέα, που απευθύνεται η αίτηση.

(2) Αναγράφεται ολογράφως.

(3) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.

(4) Σε περίπτωση ανεπάρκειας χώρου η δήλωση συνεχίζεται στην πίσω όψη της και υπογράφεται από τον δηλούντα ή την δηλούσα.