ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ

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. Ανοιξούδη Ειρήνη
Τηλ.: 2313 32.3115, fax: 2313 32.3969
Ηλεκτρ. Δ/νση: pr@papageorgiou-hospital.gr

ΑΝΑΡΤΗΤΕΑ ΣΤΟ ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ

Θεσσαλονίκη, 27-06-2025
Αρ. Πρωτ.: 17426 / 30-06-2025

(Π.18/2025)

ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ ΣΥΜΒΑΣΗΣ ΕΡΓΟΥ

ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΑΘΕΣΗ ΚΑΘΗΚΟΝΤΩΝ ΣΕ ΤΡΕΙΣ (3) ΧΕΙΡΙΣΤΕΣ – ΕΜΦΑΝΙΣΤΕΣ ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΩΝ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΩΝ ΔΕ, ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΑΛΥΨΗ ΤΩΝ ΑΝΑΓΚΩΝ ΤΟΥ ΑΚΤΙΝΟΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟΥ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟΥ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ, ΣΥΝΟΛΙΚΗΣ ΠΡΟΫΠΟΛΟΓΙΣΤΙΚΗΣ ΔΑΠΑΝΗΣ 27.000,00 € ΣΥΜΠΕΡΙΛΑΜΒΑΝΟΜΕΝΩΝ ΚΡΑΤΗΣΕΩΝ, ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΩΝ ΕΙΣΦΟΡΩΝ ΚΑΙ Φ.Π.Α. 24%.

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. 712η/11-06-2025 (Θέμα 6ο) απόφαση του Δ.Σ. του Γ.Ν.ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ (ΑΔΑ: 93ΥΑ469ΗΑΞ-ΗΟΟ), με την οποία εγκρίθηκε η ανάρτηση πρόσκλησης εκδήλωσης ενδιαφέροντος, για την ανάθεση καθηκόντων σε τρεις Χειριστές – Εμφανιστές Ακτινολογικών Εργαστηρίων ΔΕ με σύμβαση έργου, το ανώτερο μέχρι ποσού ύψους 1.800,00 € μηνιαίως για κάθε ΔΕ Χειριστή - Εμφανιστή Ακτινολογικών Εργαστηρίων - ήτοι 5.400,00 € μηνιαίως για τους τρεις - μικτή αμοιβή συμπεριλαμβανομένων κρατήσεων, ασφαλιστικών εισφορών και Φ.Π.Α. 24% για την κάλυψη των αναγκών του Ακτινοδιαγνωστικού Εργαστηρίου του Νοσοκομείου, καθώς και η αναλογική δέσμευση πίστωσης από τον προϋπολογισμό του έτους 2025 για τη διενέργεια της ανωτέρω διαγωνιστικής διαδικασίας.

6. Την υπ' αρ. 701/21-01-2025 (Θέμα 7ο) απόφαση του Δ.Σ. του Νοσοκομείου, με την οποία εγκρίθηκε ο Πίνακας Προγραμματισμού Προμηθειών & Υπηρεσιών του Νοσοκομείου για το διαχειριστικό έτος 2025 (ΑΔΑ: ΡΙΟ1469ΗΑΞ-ΖΝΒ), στον οποίο περιλαμβάνεται η εν λόγω υπηρεσία στον ΚΑΕ 410, με CPV : 85140000-2.

ΠΡΟΣΚΑΛΕΙ

κάθε ενδιαφερόμενο να καταθέσει προσφορά για την ανάθεση καθηκόντων σε ΔΕ Χειριστή – Εμφανιστή Ακτινολογικών Εργαστηρίων με σύμβαση έργου, για την κάλυψη των αναγκών του Ακτινοδιαγνωστικού Εργαστηρίου του Νοσοκομείου ως κατωτέρω :

1. ΠΡΟΣΟΝΤΑ ΥΠΟΨΗΦΙΟΥ/ΑΣ

Απαραίτητα προσόντα :

- να κατέχει κατ' ελάχιστον Πτυχίο Επαγγελματικού Λυκείου με ειδικότητα Βοηθός Ακτινολογικών Εργαστηρίων του Τομέα Υγείας-Πρόνοιας-Ευεξίας ή Πτυχίο Ι.Ε.Κ ή Σ.Α.Ε.Κ με πιστοποίηση επαγγελματικής κατάρτισης από τον ΕΟΠΠΕΠ, ειδικότητας Βοηθός Ραδιολογίας-Ακτινολογίας του Τομέα Υγείας
- να εργάζεται νομίμως στην Ελλάδα, γνωρίζοντας άπταιστα την ελληνική γλώσσα.

Επικουρικά προσόντα :

- προϋπηρεσία ή αποδεδειγμένη εμπειρία στη ζητούμενη ειδικότητα.
- πρακτική άσκηση που έχει πραγματοποιηθεί στο ακτινοδιαγνωστικό εργαστήριο του Νοσοκομείου Παπαγεωργίου, θα συνυπολογίζεται στο χρόνο προϋπηρεσίας.
- Γνώση Αγγλικής Γλώσσας.

Επισημαίνεται ότι:

• Όλα τα προσκομιζόμενα έγγραφα πρέπει να είναι πρωτότυπα ή επικυρωμένα αντίγραφα των πρωτοτύπων ή ευκρινή φωτοαντίγραφα αυτών (εάν είναι δημόσια έγγραφα), σύμφωνα με το Ν.4250/26.3.2014. Τα ιδιωτικά έγγραφα, μπορεί να γίνονται αποδεκτά σε φωτοτυπία των επικυρωμένων αντιγράφων τους ή σε απλή φωτοτυπία, εφόσον συνυποβάλλεται υπογεγραμμένη υπεύθυνη δήλωση, στην οποία βεβαιώνεται η ακρίβεια 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 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.

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) την αμοιβή που επιθυμούν**, **λαμβάνοντας υπόψη ότι ο συνολικός προϋπολογισμός του έργου για πέντε (5) μήνες ανέρχεται στο ποσό των 9.000,00 € για έκαστο υποψήφιο, συμπεριλαμβανομένου Φ.Π.Α. 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 της 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 τον μεγαλύτερο βαθμό πτυχίου.
- ο υποψήφιος ανάδοχος με την μεγαλύτερη προϋπηρεσία – εμπειρία (ο χρόνος πρακτικής άσκησης συνυπολογίζεται στη συνολική προϋπηρεσία εφόσον ο υποψήφιος ανάδοχος την έχει διατελέσει στο Νοσοκομείο Παπαγεωργίου).

2.4. Οι τρεις συμβάσεις υπογράφονται με τους τρεις μειοδότες υποψηφίους που καλύπτουν όλα τα απαιτούμενα προσόντα του άρθρου 1ου (απαραίτητα + επικουρικά).

Σε περίπτωση που οι θέσεις δεν καλυφθούν από υποψηφίους που διαθέτουν τόσο τα απαραίτητα όσο και τα επικουρικά προσόντα, γίνεται δεκτή προσφορά από υποψήφιο που διαθέτει μόνο τα απαραίτητα προσόντα.

2.5. Μετά την ανάδειξη των συμβασιούχων και πριν την υπογραφή των συμβάσεων θα πρέπει ο κάθε υποψήφιος που επιλέχθηκε να καταθέσει:

- Απόσπασμα ποινικού μητρώου έκδοσης του τελευταίου τριμήνου, από το οποίο να προκύπτει ότι δεν έχει καταδικασθεί για αδίκημα σχετικό με την άσκηση της επαγγελματικής του δραστηριότητας και ότι δεν υπάρχουν καταδίκες για αξιόποινες πράξεις.
- Πιστοποιητικό περί του ότι έχουν εκπληρωθεί οι φορολογικές υποχρεώσεις (φορολογική ενημερότητα), 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 κάθε σύμβασης θα είναι πέντε (5) μήνες και δύναται να παρατείνεται για ισόχρονο διάστημα, μετά από σχετικό αίτημα της Διοίκησης του νοσοκομείου και τη σύμφωνη γνώμη του κάθε συμβασιούχου.

4. ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΟ ΕΡΓΑΣΙΩΝ ΧΕΙΡΙΣΤΩΝ - ΕΜΦΑΝΙΣΤΩΝ

4.1. Οι συμβασιούχοι που θα επιλεγούν και θα υπογράψουν συμβάσεις θα παρέχουν υπηρεσίες Χειριστών – Εμφανιστών Ακτινολογικών Εργαστηρίων, για την κάλυψη των αναγκών του Νοσοκομείου.

4.2. Οι συμβασιούχοι θα συνεργάζονται με το προσωπικό του Ακτινολογικού Εργαστηρίου του Νοσοκομείου και θα βρίσκονται υπό την εποπτεία του Διευθυντή του Τμήματος και της Προϊσταμένης Παραϊατρικών Επαγγελμάτων, στις εντολές και στις οδηγίες των οποίων θα πρέπει να πειθαρχούν. 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 κάθε συμβασιούχου παραβίαση του συμφωνημένου ωραρίου εργασίας.

4.3. Οι συμβασιούχοι θα πρέπει να επιδεικνύουν ζήλο και προθυμία προς την εκτέλεση των καθηκόντων τους.

5. ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗ - ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

5.1. Οι συμβασιούχοι θα απασχολούνται στο Ακτινοδιαγνωστικό Εργαστήριο του Νοσοκομείου, σε μηνιαία βάση με αυτοπρόσωπη παρουσία, για 5 ημέρες την εβδομάδα από Δευτέρα έως Κυριακή, σε ώρες 8:00-16:00 ή 16:00-00:00 ή 00:00-08:00, κατόπιν μηνιαίου προγραμματισμού, για την κάλυψη αναγκών του τμήματος του Ακτινοδιαγνωστικού Εργαστηρίου του Νοσοκομείου και θα περιλαμβάνει ανά ημέρα την εξυπηρέτηση περίπου 50 ασθενών.

Η παροχή του έργου κατά τις ώρες 23:00-07:00 υπολογίζονται κατ’ εκτίμηση σε τέσσερις (4) τον μήνα, ενώ η παροχή του έργου σε ημέρες Κυριακής-Αργίας υπολογίζονται σε δύο (2) τον μήνα.

5.2. Οι συμβασιούχοι θα πρέπει να επιδεικνύουν ζήλο και προθυμία προς την εκτέλεση των καθηκόντων τους και θα ενημερώνονται για τις τρέχουσες επιστημονικές εξελίξεις στον επιστημονικό τους τομέα με βάση τις οδηγίες Διεθνών Οργανισμών.

5.3. Οι συμβάσεις που θα προκύψουν, ρητά και ανεπιφύλακτα αναγνωρίζεται και συμφωνείται από τα συμβαλλόμενα μέρη, ότι δεν δημιουργούν 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 έκαστο συμβασιούχο κατά την εκτέλεση του έργου της παρούσας συμβάσεως, είναι εμπιστευτικά και ανήκουν στην απόλυτη ιδιοκτησία του Νοσοκομείου.

6.2. Ο κάθε 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 κοινοποιήσεως 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, θα διέπεται από τις διατάξεις του Ν. 2472/1997 (ΦΕΚ Α 50/10-04-1997).

7. ΑΜΟΙΒΗ – ΠΛΗΡΩΜΕΣ – ΕΙΣΦΟΡΕΣ

7.1. Η αμοιβή του κάθε συμβασιούχου για την άσκηση και διεκπεραίωση των ως άνω καθηκόντων και υποχρεώσεών 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.

Σημείωση : Η ελάχιστη αποδεκτή μηνιαία μικτή αμοιβή που μπορεί να γίνει αποδεκτή ανέρχεται σε 1.650,00€, προκειμένου να διασφαλίζεται η νομιμότητα και η ίση μεταχείριση των απασχολουμένων στο Νοσοκομείο (ενώ η ανώτερη 1.800,00 €, βάσει του προϋπολογισμού της πρόσκλησης).

7.2. Στην ως άνω αμοιβή επίσης θα περιλαμβάνονται οι κάθε φύσης ασφαλιστικές εισφορές ελεύθερου επαγγελματία, οι οποίες βαρύνουν αποκλειστικά τον συμβασιούχο.

7.3. Η μηνιαία αμοιβή θα κατατίθεται, εντός του πρώτου δεκαημέρου του επόμενου μήνα της παραχθείσας υπηρεσίας, σε τραπεζικό λογαριασμό του αναδόχου που θα υποδείξει ο ίδιος.

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 τη Διευθύντρια της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας του Νοσοκομείου.

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 10:00 π.μ. της 14ης Ιουλίου 2025 (ημέρα Δευτέρα).
Ημερομηνία αποσφράγισης των Φακέλων: η 14η-07-2025, ώρα 13:00 (ημέρα Δευτέρα).

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ

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:		ΤΚ:	
Αρ. Τηλεομοιοτύπου (Fax):		Δ/νση 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.18/2025 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 ΧΕΙΡΙΣΤΗ ΕΜΦΑΝΙΣΤΗ ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΩΝ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΩΝ, σύμφωνα με τους όρους της υπ’αρ. Π.18/2025 πρόσκλησης, με μηνιαία μικτή αμοιβή ……ήτοι για πέντε (5) μήνες ……€ (ολογράφως:……), συμπεριλαμβανομένων φόρων, κρατήσεων και ασφαλιστικών εισφορών ελεύθερου επαγγελματία.

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.