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, 18-02-2026**
**Αρ. Πρωτ.: 4999 / 24-02-2026**

**(Π.05/2026)**

**ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ ΣΥΜΒΑΣΗΣ ΕΡΓΟΥ**

**ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΑΘΕΣΗ ΚΑΘΗΚΟΝΤΩΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ, ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΗ ΤΩΝ ΑΝΑΓΚΩΝ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ, ΧΡΟΝΙΚΗΣ ΔΙΑΡΚΕΙΑΣ ΕΝΟΣ (1) ΕΤΟΥΣ, ΠΡΟΫΠΟΛΟΓΙΣΤΙΚΗΣ ΔΑΠΑΝΗΣ 20.400,00 € ΣΥΜΠΕΡΙΛΑΜΒΑΝΟΜΕΝΟΥ ΚΡΑΤΗΣΕΩΝ, ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΩΝ ΕΙΣΦΟΡΩΝ ΚΑΙ ΤΥΧΟΝ 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. 725η/ 10-12-2025 (Θέμα 7ο) απόφαση του Δ.Σ. του Γ.Ν.ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ (ΑΔΑ: ΡΣ5Σ469ΗΑΞ-ΙΜ5) με την οποία εγκρίθηκε η ανάρτηση πρόσκλησης εκδήλωσης ενδιαφέροντος για την ανάθεση καθηκόντων Κοινωνικού Λειτουργού με σύμβαση έργου, συνολικής προϋπολογιστικής δαπάνης 20.400,00 € για χρονικό διάστημα ενός (1) έτους, συμπεριλαμβανομένων κρατήσεων, ασφαλιστικών εισφορών και τυχόν Φ.Π.Α. 24%, για την εξυπηρέτηση των αναγκών της Κοινωνικής Υπηρεσίας του Νοσοκομείου, καθώς και η δέσμευση πίστωσης από τον προϋπολογισμό του έτους 2026 για τη διενέργεια της ανωτέρω διαγωνιστικής διαδικασίας.

**ΠΡΟΣΚΑΛΕΙ**

κάθε ενδιαφερόμενο να καταθέσει προσφορά για την ανάθεση καθηκόντων Κοινωνικού Λειτουργού με σύμβαση έργου, για την Κοινωνική Υπηρεσία του Νοσοκομείου, ως κατωτέρω :

**1. ΠΡΟΣΟΝΤΑ ΥΠΟΨΗΦΙΟΥ/ΑΣ**

- Πτυχίο Α.Ε.Ι. ή Α.Τ.Ε.Ι. Κοινωνικής Εργασίας ή ισοδύναμο.
- Άδεια Ασκήσεως Επαγγέλματος.
- Προϋπηρεσία τουλάχιστον δύο ετών στο ζητούμενο αντικείμενο σπουδών.
- Γνώση χειρισμού Η/Υ στα αντικείμενα (α) επεξεργασίας κειμένων, (β) υπολογιστικών φύλλων, (γ) υπηρεσιών διαδικτύου.

  Η γνώση χειρισμού Η/Υ και στα ως άνω τρία αντικείμενα αποδεικνύεται ως εξής:

  α) Με πιστοποιητικά Πληροφορικής ή γνώσης χειρισμού Η/Υ (πιστοποιητικό ECDL ή ACTA ή ισοδύναμο).

  β) Με τίτλους σπουδών, τριτοβάθμιας (βασικούς ή μεταπτυχιακούς), μεταδευτεροβάθμιας ή δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, ειδικότητας Πληροφορικής ή γνώσης χειρισμού Η/Υ.

  γ) Με τίτλους σπουδών, βασικούς ή/και μεταπτυχιακούς, Πανεπιστημιακής ή/και Τεχνολογικής εκπαίδευσης, από την αναλυτική βαθμολογία των οποίων προκύπτει ότι οι υποψήφιοι έχουν παρακολουθήσει τέσσερα τουλάχιστον μαθήματα, υποχρεωτικά ή κατ' επιλογή, Πληροφορικής ή γνώσης χειρισμού Η/Υ.

  δ) Με Κρατικό Πιστοποιητικό Πληροφορικής (Κ.Π.Π.)
- Γνώση της Αγγλικής γλώσσας ή τουλάχιστον μίας ξένης γλώσσας (επιπέδου τουλάχιστον LOWER CERTIFICATE ή αντίστοιχου πτυχίου).

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' της παρούσας**, στην οποία θα αναγράφουν: α) **ότι έχουν λάβει πλήρως γνώση και συμφωνούν με τους όρους της παρούσας πρόσκλησης και β) την ετήσια αμοιβή που επιθυμούν για την εκτέλεση του έργου**, λαμβάνοντας υπόψη ότι ο συνολικός ετήσιος προϋπολογισμός του έργου ανέρχεται στο ποσό των 20.400,00 €, συμπεριλαμβανομένου τυχόν ΦΠΑ, οι ασφαλιστικές εισφορές ελεύθερου επαγγελματία βαρύνουν αποκλειστικά τον ανάδοχο και στην αμοιβή παρακρατείται ο φόρος εισοδήματος κατά τα προβλεπόμενα από τις διατάξεις του Κ.Φ.Δ., **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 φορείς υγείας και σε αντικείμενο συναφές του πτυχίου του.
- ο υποψήφιος ανάδοχος με τις περισσότερες εξειδικεύσεις - μετεκπαιδεύσεις.
- ο υποψήφιος ανάδοχος με τις περισσότερες πιστοποιημένες ξένες γλώσσες.

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 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) 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 παρατείνεται ανά έτος, μετά από σχετικό αίτημα της Διοίκησης του Νοσοκομείου και τη σύμφωνη γνώμη του αναδόχου.

**4. ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΟ ΕΡΓΑΣΙΩΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ**

4.1. Ο συμβασιούχος Κοινωνικός Λειτουργός που θα επιλεγεί και θα υπογράψει σύμβαση θα απασχολείται στην Κοινωνική Υπηρεσία του Νοσοκομείου.

4.2. Πιο συγκεκριμένα ο Κοινωνικός Λειτουργός θα παρέχει στους ασθενείς εξειδικευμένες και εξατομικευμένες ψυχοκοινωνικές υπηρεσίες που στοχεύουν:

• στην εκτίμηση των κοινωνικών, ψυχολογικών, συναισθηματικών παραμέτρων που συνιστούν εμπόδια στη θεραπεία

• στην υλοποίηση σχεδιασμού της μετανοσοκομειακής τους φροντίδας

• στην παροχή συμβουλευτικής σε περιπτώσεις κρίσεων συνδεδεμένων με θέματα υγείας, με σκοπό τη βελτίωση της κοινωνικής τους κατάστασης

• στη διασφάλιση των ατομικών τους δικαιωμάτων με έμφαση στο δικαίωμα της πρόσβασης σε κατάλληλες υπηρεσίες υγείας και κοινωνικής φροντίδας

• στην πρόληψη και αντιμετώπιση κοινωνικών προβλημάτων

• στην αξιοποίηση των πηγών υποστήριξης της κοινότητας και των υπαρχουσών δομών του συστήματος κοινωνικής προστασίας. Θα συμμετέχει στο έργο της Κοινωνικής Υπηρεσίας το οποίο συνίσταται στην πρόληψη, διάγνωση και αντιμετώπιση των ψυχοκοινωνικών προβλημάτων των ασθενών. Το τμήμα καλύπτει όλες τις κλινικές του Νοσοκομείου και τα διατομεακά τμήματα. Αποτελεί δε μέλος της διεπιστημονικής ομάδας με στόχο τη διατήρηση, τη θεραπεία και την αποκατάσταση της υγείας του ασθενή με την ολιστική προσέγγιση. Οι παρεμβάσεις του Κοινωνικού Λειτουργού δεν περιορίζονται στον ασθενή αλλά επεκτείνονται στην οικογένεια και στην κοινότητα σκοπεύοντας στην υποστήριξη, την ενδυνάμωση και την επανένταξη των ωφελούμενων στο κοινωνικό τους περιβάλλον.

• Θα συνεργάζεται επίσης με τα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας, με αρμόδιους φορείς και με τις Αρχές (εισαγγελικές, αστυνομικές, αυτοδιοικητικές) για την εξεύρεση αποτελεσματικών και ασφαλών λύσεων με σκοπό τη συνέχεια στη φροντίδα, τη γενικότερη αποκατάσταση, κοινωνική επανένταξη και βελτίωση της ποιότητας ζωής του ασθενή.

4.3. Ο/Η συμβασιούχος θα συνεργάζεται άμεσα με το προσωπικό της Κοινωνικής Υπηρεσίας του Νοσοκομείου και θα βρίσκεται υπό την εποπτεία της Διοικητικής Διευθύντριας του Νοσοκομείου, 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 της συμβασιούχου παραβίαση του ωραρίου εργασίας.

4.4. Ο συμβασιούχος θα εκτελέσει τα ως άνω αναφερόμενα καθήκοντα και τις υποχρεώσεις του με τον καλύτερο τρόπο, σύμφωνα με τις ισχύουσες διατάξεις και τους κανόνες της επιστήμης του.

**5. ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗ-ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΕΡΓΑΣΙΑΣ**

5.1. Ο συμβασιούχος θα απασχολείται με την αυτοπρόσωπη παρουσία του, για 5 ημέρες την εβδομάδα, από Δευτέρα έως Παρασκευή σε πρωινό ωράριο με απασχόληση κατά τις εργάσιμες ημέρες και κατά τις ώρες 7:30 – 15:30.

5.2. Ο συμβασιούχος 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 την Διευθύντρια της αντίστοιχης Υπηρεσίας που προσφέρει τις υπηρεσίες του.

5.3. 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.

5.4. Η ορθή εκτέλεση – έλεγχος παρεχόμενων υπηρεσιών, θα πιστοποιείται με βεβαίωση παραλαβής και καλής εκτέλεσης του έργου από την Διευθύντρια της αντίστοιχης Υπηρεσίας που προσφέρει τις υπηρεσίες του.

**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/ην 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 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 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.

7.2. Στην ως άνω αμοιβή επίσης θα περιλαμβάνονται οι κάθε φύσης ασφαλιστικές εισφορές ελεύθερου επαγγελματία, οι οποίες βαρύνουν αποκλειστικά τον συμβασιούχο, καθώς και ο τυχόν Φ.Π.Α.

7.3. Σε κάθε πληρωμή παρακρατείται φόρος εισοδήματος, κατά τα προβλεπόμενα από τις διατάξεις του Κ.Φ.Δ.

7.4. 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.

7.5. 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 της Διευθύντριας της Διοικητικής Υπηρεσίας του Νοσοκομείου.

7.6. Για τα τιμολόγια που εκδίδονται κατά την εκτέλεση των δημοσίων συμβάσεων, ανεξαρτήτως αξίας αυτών, οι αναθέτουσες αρχές υποχρεούνται να παραλαμβάνουν και να επεξεργάζονται ηλεκτρονικά τιμολόγια που είναι σύμφωνα με το ευρωπαϊκό πρότυπο έκδοσης ηλεκτρονικών τιμολογίων, σύμφωνα με τις διατάξεις των άρθρων 148 έως και 153 του ν. 4601/2019 (Α΄44) και των, κατ' εξουσιοδότηση του άρθρου 154 του νόμου αυτού, κανονιστικών αποφάσεων.

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 10ης Μαρτίου 2026 (ημέρα Τρίτη).**

**Ημερομηνία αποσφράγισης των Φακέλων: η 10η-03-2026, ημέρα Τρίτη και ώρα 12 το μεσημέρι.**

**Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΟΥ Δ.Σ.**

ΑΚΡΙΒΕΣ ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ
ALEXANDRA TZONOU
24/02/2026 09:19
Γ.Ν. ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ

**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 ΕπώνυμοΜητέρας: | | | | | | | |
| 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.05/2026 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 ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ, σύμφωνα με τους όρους της υπ’ αρ. Π.05/2026 πρόσκλησης, ήτοι ετήσια μικτή αμοιβή……€ (ολογράφως:……), στην οποία περιλαμβάνεται τυχόν ΦΠΑ.

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.