



Γραφείο Προμηθειών

Πληρ: κα Ανοιξούδη Ειρήνη

Τηλ.: 2313 32.3933, fax: 2313 32.3969

Ηλεκτρ. Δ/ση: pr@papageorgiou-hospital.gr

ΑΝΑΡΤΗΤΕΑ ΣΤΟ ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ

Θεσσαλονίκη, 26-05-2026

Αρ. Πρωτ.: 14065

(Π.22/2026)

ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ

ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΑΘΕΣΗ ΚΑΘΗΚΟΝΤΩΝ ΒΟΗΘΩΝ ΘΑΛΑΜΟΥ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΗ ΤΩΝ ΑΝΑΓΚΩΝ ΣΤΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ, ΜΕ ΤΗ ΣΥΝΑΨΗ ΤΡΙΩΝ (3) ΣΥΜΒΑΣΕΩΝ ΕΡΓΟΥ, ΧΡΟΝΙΚΗΣ ΔΙΑΡΚΕΙΑΣ ΕΞΙ (6) ΜΗΝΩΝ, ΣΥΝΟΛΙΚΗΣ ΠΡΟΫΠΟΛΟΓΙΣΤΙΚΗΣ ΔΑΠΑΝΗΣ 30.000,00€ ΣΥΜΠΕΡΙΛΑΜΒΑΝΟΜΕΝΩΝ ΚΡΑΤΗΣΕΩΝ, ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΩΝ ΕΙΣΦΟΡΩΝ ΚΑΙ Φ.Π.Α. 24%, (CPV: 85142000-6).

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/οικ. 16781/09-04-2026 (ΦΕΚ 521/21-04-2026, Τεύχος Υ.Ο.Δ.Δ.) ΚΥΑ του Υπουργού Υγείας και του Υφυπουργού Υγείας περί συγκρότησης και ορισμού μελών στο Διοικητικό Συμβούλιο του Γ.Ν. «ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ», αρμοδιότητας 3ης Υ.Πε. Μακεδονίας, όπως διορθώθηκε με το ΦΕΚ 577/28-04-2026, Τεύχος Υ.Ο.Δ.Δ.
5. Την υπ. αρ. πρωτ. 735^η / 07-05-2026 (Θέμα 12^ο) απόφαση του Δ.Σ. του Γ.Ν. ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ (ΑΔΑ : 62Θ8469ΗΑΞ-Ψ5Ψ) με την οποία εγκρίθηκε η ανάρτηση πρόσκλησης εκδήλωσης ενδιαφέροντος για την ανάθεση καθηκόντων τριών (3) Βοηθών Θαλάμου με σύμβαση έργου, δαπάνης το ανώτερο μέχρι ποσού ύψους 10.000€ για χρονικό διάστημα έξι (6) μηνών ήτοι από 01-07-2026 έως 31-12-2026 (για κάθε Βοηθό Θαλάμου) - ήτοι συνολικά 30.000,00 € για τους τρεις για το προαναφερόμενο χρονικό διάστημα - μικτή αμοιβή συμπεριλαμβανομένων κρατήσεων, ασφαλιστικών εισφορών και τυχόν Φ.Π.Α. 24%, 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 παροχής **Βοηθητικών Υποστηρικτικών Υπηρεσιών στη Νοσηλευτική Υπηρεσία του Νοσοκομείου (Βοηθός Θαλάμου)**, ως κατωτέρω :

1. ΠΡΟΣΩΝΤΑ ΥΠΟΨΗΦΙΩΝ

Οι υποψήφιοι θα πρέπει απαραίτητα να κατέχουν κατ' ελάχιστον :

- **Απολυτήριο Δημοτικού Σχολείου** (για όσους έχουν αποφοιτήσει μέχρι και το 1980) ή άλλος ισότιμος τίτλος της αλλοδαπής ή **Απολυτήριος τίτλος τριταξίου γυμνασίου** ή απολυτήριος τίτλος Γυμνασίου Σχολείου Δεύτερης Ευκαιρίας ή άλλος ισότιμος τίτλος της αλλοδαπής ή **Απολυτήριος τίτλος Εργαστηρίων Ειδικής Επαγγελματικής Εκπαίδευσης και Κατάρτισης** του άρθρου 1 του ν. 2817/2000 ή άλλος ισότιμος τίτλος της αλλοδαπής ή Πτυχίο Κατώτερης Τεχνικής Σχολής του ν.δ. 580/1970 ή πτυχίο Κατώτερης Τεχνικής Σχολής Μαθητείας ΟΑΕΔ β.δ. 3/1952, ν.δ. 212/1969, ν. 4504/1966 ή άλλος ισότιμος τίτλος της αλλοδαπής.
- Να εργάζονται νομίμως στην Ελλάδα, γνωρίζοντας άπταιστα την ελληνική γλώσσα.
- Δυνατότητα εργασίας σε κυλιόμενο ωράριο, Κυριακές και αργίες, σύμφωνα με τις ανάγκες του Νοσοκομείου.

ΕΠΙΘΥΜΗΤΑ ΠΡΟΣΩΝΤΑ

Θα συνεκτιμηθούν:

- Εμπειρία σε θέση βοηθού θαλάμου ή τραυματιοφορέα, σε δημόσιο ή ιδιωτικό νοσοκομείο.
- Γνώση βασικών κανόνων νοσοκομειακής υγιεινής.
- Πιστοποίηση πρώτων βοηθειών ή συναφής εκπαίδευση.

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 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. 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.

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 ότι θα απασχολούνται σε κυκλικό ωράριο που θα ορίζεται στο μηνιαίο προγραμματισμό της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας, β) τη μηνιαία αμοιβή που επιθυμούν, λαμβάνοντας υπόψη ότι ο συνολικός προϋπολογισμός του έργου για έξι (6) μήνες ανέρχεται το ανώτερο στο ποσό των 10.000,00 € για κάθε ανάθεση, συμπεριλαμβανομένου ΦΠΑ και λοιπών κρατήσεων, 3) όλα τα απαιτούμενα δικαιολογητικά/πιστοποιητικά για την τεκμηρίωση των προσόντων του ως άνω άρθρου 1^{ου}.

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 που έχει μεγαλύτερη εμπειρία σε θέση βοηθού θαλάμου ή τραυματιοφορέα.
- Ο υποψήφιος που είναι κάτοχος τίτλου σπουδών βαθμίδας ανώτερης της απαιτούμενης.
- Πιστοποίηση πρώτων βοηθειών ή συναφής εκπαίδευση.

2.4. Οι συμβάσεις υπογράφονται με τους τρεις πρώτους μειοδότες υποψηφίους, που καλύπτουν όλα τα απαιτούμενα προσόντα του άρθρου 1ου.

2.5. Ο ενδιαφερόμενος που ασκεί ελεύθερο επάγγελμα θα εκδίδει Τιμολόγιο Παροχής Υπηρεσιών (Τ.Π.Υ.) 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.
- 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.

Σε περίπτωση που ο ενδιαφερόμενος δεν είναι ελεύθερος επαγγελματίας θα μπορεί να συμμετέχει στο διαγωνισμό και εφόσον επιλεγεί θα αμείβεται για τις υπηρεσίες του με την έκδοση φορολογικού παραστατικού «Τιμολόγιο Λήψης Υπηρεσιών» (πρώην «Τίτλος Κτήσης») που θα εκδίδει το Νοσοκομείο στο όνομά του.

3. ΔΙΑΡΚΕΙΑ

Η διάρκεια της κάθε σύμβασης θα είναι έξι (6) μήνες και δύναται να παραταθεί, μετά από σχετικό αίτημα της Διοικητικής Υπηρεσίας του Νοσοκομείου και τη σύμφωνη γνώμη των αναδόχων.

4. ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΟ ΕΡΓΑΣΙΩΝ

Οι ανάδοχοι θα παρέχουν Βοηθητικές Υποστηρικτικές Υπηρεσίες στη Νοσηλευτική Υπηρεσία του Νοσοκομείου (Βοηθοί Θαλάμου), σύμφωνα με τις υποδείξεις της Υπηρεσίας.

Οι βοηθοί θαλάμου υποχρεούνται ενδεικτικά κι όχι περιοριστικά, να παρέχουν τις ακόλουθες υπηρεσίες:

- Υποστήριξη του νοσηλευτικού προσωπικού κατά την άσκηση των καθηκόντων του.
- Φροντίδα για την εύρυθμη λειτουργία των θαλάμων νοσηλείας.
- Υποβοήθηση ασθενών σε βασικές ανάγκες εξυπηρέτησης, σύμφωνα με τις οδηγίες του νοσηλευτικού προσωπικού.
- Συνεργασία με τα τμήματα και τις υπηρεσίες του Νοσοκομείου.
- Άμεση συμμόρφωση στις οδηγίες της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας και των αρμοδίων οργάνων.

5. ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗ - ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

5.1. Οι υποψήφιοι ανάδοχοι που θα επιλεγούν και θα υπογράψουν σύμβαση, θα απασχολούνται στη Νοσηλευτική Υπηρεσία του Νοσοκομείου, με την αυτοπρόσωπη παρουσία τους, για πέντε (5) ημέρες την εβδομάδα και θα απασχολούνται σε βάση οκταώρου πενθήμερου εναλλασσόμενου προγράμματος εργασίας (από Δευτέρα έως Σάββατο, σε πρωινό ή απογευματινό ωράριο) και σε έως τρεις (3) ημέρες Κυριακής/αργίας το μήνα, κατόπιν μηνιαίου προγραμματισμού, για την κάλυψη αναγκών της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας του Νοσοκομείου.

5.2. Ο συμβασιούχος θα συνεργάζεται άμεσα με το προσωπικό του Νοσοκομείου και θα βρίσκεται υπό την εποπτεία της Νοσηλευτικής Διεύθυνσης 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 του συμβασιούχου παραβίαση του ωραρίου εργασίας.

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

5.4. Η κάθε 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. Η οποιαδήποτε εργασία, συλλογή στοιχείων, έρευνα που 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, θα διέπεται από τις διατάξεις του Ν. 2472/1997 (ΦΕΚ Α 50/10-04-1997).

7. ΑΜΟΙΒΗ – ΠΛΗΡΩΜΕΣ – ΕΙΣΦΟΡΕΣ

7.1. Η αμοιβή έκαστου αναδόχου 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 κατά τη διάρκεια της σύμβασης.

7.2. Επισημαίνεται ότι στη μηνιαία μκτή αμοιβή θα πρέπει:

- Στην περίπτωση που ο ενδιαφερόμενος είναι **ελεύθερος επαγγελματίας** και μπορεί να εκδώσει Τ.Π.Υ., **να περιλαμβάνονται οι ασφαλιστικές εισφορές που τον βαρύνουν ως ελεύθερο επαγγελματία, ο τυχόν Φ.Π.Α. και η παρακράτηση φόρου εισοδήματος ελευθέρων επαγγελματιών 20%, όπως προβλέπεται από το νόμο, ο οποίος παρακρατείται από το Νοσοκομείο και αποδίδεται στην οικεία Δ.Ο.Υ.**
- Στην περίπτωση που ο ενδιαφερόμενος θα αμείβεται με «Τιμολόγιο Λήψης Υπηρεσιών» (πρώην «Τίτλος Κτήσης») που θα εκδίδει το Νοσοκομείο στο όνομά του, **να περιλαμβάνονται η παρακράτηση φόρου 20%, ψηφιακό τέλος χαρτοσήμου 3,6% καθώς και οι κρατήσεις των ασφαλιστικών εισφορών 20,28% στο ποσό μετά την παρακράτηση του φόρου).**

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, εφόσον απαιτείται, 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 της Διοικητικής Υπηρεσίας του Νοσοκομείου.

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 σφραγισμένο φάκελο με την προσφορά 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 09:00 π.μ. της 09^{ης} Ιουνίου 2026 (ημέρα Τρίτη).
Ημερομηνία αποσφράγισης των Φακέλων: η 09^η-06-2026, ώρα 11:00 π.μ. (ημέρα Τρίτη).**

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:	ΤΚ:
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.22/2026 πρόσκλησης του Γ.Ν.Θ. Παπαγεωργίου, με αρ. πρωτ.....και αποδέχομαι ότι θα απασχολούμαι σε κυκλικό ωράριο που θα ορίζεται στο μηνιαίο προγραμματισμό της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας και σε τρεις (3) ημέρες Κυριακής/αργίας το μήνα.

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 ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΒΟΗΘΟΣ ΘΑΛΑΜΟΥ με μηνιαία μικτή αμοιβή.....
(ολογράφως:.....)

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.