



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

ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ

Διευθύντρια: Ευαγγελία Σταυροπούλου

T 2313 323122

E finance@papageorgiou-hospital.gr

papeconomic@papageorgiou-hospital.gr

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, 24-07-2026

Αρ. Πρωτ.: 20246/27.7.2026

(Π.33/2026)

ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ

ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΑΘΕΣΗ ΚΑΘΗΚΟΝΤΩΝ ΒΟΗΘΟΥ ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΚΑΙ ΒΙΟΛΟΓΙΚΩΝ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΩΝ (ΔΕ ΒΙ.ΒΕ.) ΚΑΙ ΤΕΧΝΟΛΟΓΟΥ ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΩΝ ΜΕ ΣΥΜΒΑΣΗ ΕΡΓΟΥ, ΓΙΑ ΧΡΟΝΙΚΟ ΔΙΑΣΤΗΜΑ ΕΝΟΣ (1) ΕΤΟΥΣ, ΣΥΝΟΛΙΚΗΣ ΠΡΟΫΠΟΛΟΓΙΣΤΙΚΗΣ ΔΑΠΑΝΗΣ 34.800,00 € ΣΥΜΠΕΡΙΛΑΜΒΑΝΟΜΕΝΩΝ ΚΡΑΤΗΣΕΩΝ, ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΩΝ ΕΙΣΦΟΡΩΝ ΚΑΙ Φ.Π.Α. 24%, ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΗ ΤΩΝ ΑΝΑΓΚΩΝ ΤΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΑΙΜΟΛΗΨΙΩΝ ΣΤΟΝ ΧΩΡΟ ΤΩΝ ΕΞΩΤΕΡΙΚΩΝ ΙΑΤΡΕΙΩΝ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ (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. 740^η / 01-07-2026 (Θέμα 5^ο) απόφαση του Δ.Σ. του Γ.Ν. ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ (ΑΔΑ : 9ΖΟΩ469ΗΑΞ-ΛΜΔ) με την οποία εγκρίθηκε η ανάρτηση πρόσκλησης εκδήλωσης ενδιαφέροντος για την ανάθεση καθηκόντων Βοηθού Ιατρικών και Βιολογικών Εργαστηρίων (ΔΕ Β.Ι.Β.Ε.) και Τεχνολόγου Ιατρικών Εργαστηρίων με σύμβαση έργου για χρονικό διάστημα ενός (1) έτους με μικτή μηνιαία αμοιβή έως το ποσό των 1.450 € μηνιαίως έκαστος συμπεριλαμβανομένων κρατήσεων, ασφαλιστικών εισφορών και Φ.Π.Α. 24% – ήτοι 17.400 € έκαστος για χρονικό διάστημα ενός (1) έτους, ή συνολικά 34.800 € και για τους δύο, για την

εξυπηρέτηση των αναγκών του Τμήματος Αιμοληψιών στον χώρο των Εξωτερικών Ιατρείων 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 Βοηθού Ιατρικών και Βιολογικών Εργαστηρίων (ΔΕ Β.Ι.Β.Ε.) και Τεχνολόγου Ιατρικών Εργαστηρίων**, ως κατωτέρω :

1. ΠΡΟΣΟΝΤΑ ΥΠΟΨΗΦΙΩΝ

Οι υποψήφιοι θα πρέπει απαραίτητα να κατέχουν τα προσόντα του ΠΔ 85/2022 και κατ' ελάχιστον :

➤ Για την ανάθεση ΤΕ Τεχνολόγου Ιατρικών Εργαστηρίων :

- Πτυχίο ή δίπλωμα Τ.Ε.Ι. ή Α.Τ.Ε.Ι. Τεχνολόγου Ιατρικών Εργαστηρίων της ημεδαπής ή ισότιμο τίτλο αντίστοιχης ειδικότητας σχολών της αλλοδαπής.
- Άδεια άσκησης επαγγέλματος ή βεβαίωση ότι πληροί όλες τις νόμιμες προϋποθέσεις για την άσκηση του επαγγέλματος από την αρμόδια διοικητική αρχή.
- Προϋπηρεσία τουλάχιστον ενός (1) έτους στο ζητούμενο αντικείμενο σπουδών.
- Γνώση χειρισμού Η/Υ στα αντικείμενα (α) επεξεργασίας κειμένων, (β) υπολογιστικών φύλλων, (γ) υπηρεσιών διαδικτύου.
- Γνώση της Αγγλικής ή άλλης ξένης γλώσσας (επιπέδου τουλάχιστον Β2).

Επιπρόσθετα επιθυμητά προσόντα (αλλά όχι απαραίτητα) :

- Μεταπτυχιακός τίτλος σπουδών σε αντικείμενο συναφές του πτυχίου του.
- Προϋπηρεσία σε φορείς υγείας και σε αντικείμενο συναφές του πτυχίου του.

➤ Για την ανάθεση Βοηθού Ιατρικών και Βιολογικών Εργαστηρίων ΔΕ Β.Ι.Β.Ε.:

- Πτυχίο ΕΠΑΛ με ειδικότητα Β.Ι.Β.Ε της ημεδαπής ή ισότιμο τίτλο αντίστοιχης ειδικότητας σχολών της αλλοδαπής.
- Προϋπηρεσία τουλάχιστον ενός (1) έτους στο ζητούμενο αντικείμενο σπουδών.

Επιπρόσθετα επιθυμητά προσόντα (αλλά όχι απαραίτητα) :

- Προϋπηρεσία σε φορείς υγείας και σε αντικείμενο συναφές του πτυχίου του.
- Γνώση χειρισμού Η/Υ στα αντικείμενα (α) επεξεργασίας κειμένων, (β) υπολογιστικών φύλλων, (γ) υπηρεσιών διαδικτύου.
- Γνώση της Αγγλικής ή άλλης ξένης γλώσσας (επιπέδου τουλάχιστον Β2).

Επισημαίνεται ότι για την απόδειξη των ανωτέρω προσόντων οι υποψήφιοι θα πρέπει να προσκομίσουν έγγραφα τα οποία είτε να είναι πρωτότυπα είτε επικυρωμένα αντίγραφα των πρωτοτύπων είτε 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.

- Ο τίτλος σπουδών στην τριτοβάθμια εκπαίδευση θα πρέπει να εκδοθεί και μέσω της υπηρεσίας <https://ptyxia.gov.gr/> (εφόσον το Πανεπιστημιακό Ίδρυμα έχει ενταχθεί στην υπηρεσία).

- 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.

- Η εργασιακή προϋπηρεσία αποδεικνύεται με την προσκόμιση βεβαίωσης ενσήμων και βεβαιώσεων απασχόλησης από τους εργοδότες (προκειμένου να αποδεικνύεται η συνάφεια του αντικειμένου).

Για τη διευκόλυνση των υποψηφίων παρατίθενται τα αντίστοιχα link:

Ατομικός λογαριασμός ασφάλισης (αναλυτική κατάσταση ενσήμων) <https://www.efka.gov.gr/el/asphalismenoi/misthotoi/atomikos-logariasmos-asphalises> και Βεβαίωση προϋπηρεσίας <https://www.efka.gov.gr/el/bebaiouse-proyperesias> (καρτέλες ενσήμων πριν το 2001 προσκομίζονται σε φωτοτυπία).

- Σε περίπτωση απασχόλησης με έκδοση φορολογικού στοιχείου για την αμοιβή (τιμολόγιο παροχής ή λήψης υπηρεσιών) η προϋπηρεσία αποδεικνύεται με την προσκόμιση αντιγράφου σύμβασης έργου ή αντίγραφα τιμολογίων ή βεβαίωση απασχόλησης από τους εργοδότες (προκειμένου να αποδεικνύεται η συνάφεια του αντικειμένου).

- 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 ΑΤΕΕΝ.

- Η γνώση χειρισμού Η/Υ 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.).

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 σύμφωνα με τον προγραμματισμό που καταρτίζεται για την κάλυψη των αναγκών του Τμήματος Αιμοληψιών στον χώρο των Εξωτερικών Ιατρείων του Νοσοκομείου, β) τη μηνιαία αμοιβή που επιθυμούν, λαμβάνοντας υπόψη ότι ο συνολικός προϋπολογισμός του έργου για ένα (1) έτος ανέρχεται το ανώτερο στο ποσό των 17.400 € έκαστος, συμπεριλαμβανομένου κρατήσεων, φόρων και ασφαλιστικών εισφορών ελεύθερου επαγγελματία, 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 ανάδοχος με τη μεγαλύτερη προϋπηρεσία σε φορείς υγείας και σε αντικείμενο συναφές του πτυχίου του.
- ο υποψήφιος ανάδοχος με τον υψηλότερο βαθμό πτυχίου.

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

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 κάθε σύμβασης θα είναι ένα (1) έτος και δύναται να παραταθεί, μετά από σχετικό αίτημα της Διοίκησης του Νοσοκομείου και τη σύμφωνη γνώμη των αναδόχων.

4. ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΟ ΕΡΓΑΣΙΩΝ

Οι ανάδοχοι θα παρέχουν, ενδεικτικά κι όχι περιοριστικά, τις ακόλουθες υπηρεσίες :

- Λήψη-παραλαβή αίματος, ούρων και άλλων βιολογικών υγρών ανάλογα με το εκάστοτε παραπεμπτικό.
- Παραγγελίες-παραλαβές των αναλώσιμων υλικών στο χώρο απασχόλησής τους.
- Ενημέρωση ασθενών για τις λήψεις δειγμάτων.
- Ενημέρωση ασθενών για τη λήψη των αποτελεσμάτων τους.
- Συνεργασία με το ιατρικό, νοσηλευτικό και λοιπό προσωπικό για τη διασφάλιση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Οι ανάδοχοι, προκειμένου να επιτευχθεί η βέλτιστη ολοκλήρωση του έργου, υποχρεούνται να παρέχουν τις υπηρεσίες τους με επαγγελματική ευθύνη, τηρώντας τους κανόνες της επιστήμης του και δεοντολογίας, καθώς και τα ισχύοντα πρωτόκολλα ασφάλειας και λειτουργίας του Νοσοκομείου.

5. ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗ

5.1. Οι υποψήφιοι ανάδοχοι που θα επιλεγούν και θα υπογράψουν σύμβαση, θα απασχολούνται στη Διοικητική Υπηρεσία του Νοσοκομείου, με αυτοπρόσωπη παρουσία, σύμφωνα με τον προγραμματισμό που καταρτίζεται για την κάλυψη των αναγκών του Τμήματος Παραϊατρικών Εργαστηρίων του Νοσοκομείου και συγκεκριμένα του Τμήματος Αιμοληψιών των Εξωτερικών Ιατρείων του Νοσοκομείου.

5.2. Ο συμβασιούχος θα συνεργάζεται άμεσα με το προσωπικό των Παραϊατρικών Εργαστηρίων 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.

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 κοινοποίησής 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 υποχρεώσεων του καθορίζεται στο ποσό που προκύπτει από την προσφερόμενη τιμή στην αίτησή 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 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 10:00 π.μ. της 18^{ης} Αυγούστου 2026 (ημέρα Τρίτη).
Ημερομηνία αποσφράγισης των Φακέλων: η 18^η-08-2026, ώρα 13:00 μ.μ. (ημέρα Τρίτη).

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΟΥ Δ.Σ.

ΑΚΡΙΒΕΣ ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ
ALEXANDRA TZONOU
27/07/2026 10:59
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 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.33/2026 πρόσκλησης του Γ.Ν.Θ. Παπαγεωργίου, με αρ. πρωτ.....και αποδέχομαι ότι θα απασχολούμαι με αυτοπρόσωπη παρουσία, σύμφωνα με τον προγραμματισμό που καταρτίζεται για την κάλυψη των αναγκών στο Τμήμα Αιμοληψιών των Εξωτερικών Ιατρείων του Νοσοκομείου.

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 με μηνιαία μισθία)

(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.