



Πρόσκληση Εκδήλωσης Ενδιαφέροντος για την κάλυψη θέσεων ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΟΥ, ΟΦΘΑΛΜΙΑΤΡΟΥ και ΠΑΘΟΛΟΓΟΥ

Η Ομοσπονδία Αυτοδιαχειριζόμενων Ταμείων Υγείας Ελλάδος (Ο.Α.Τ.Υ.Ε.) ενδιαφέρεται να συνεργασθεί με ιατρούς ειδικοτήτων **Δερματολόγου, Οφθαλμιάτρου και Παθολόγου**, με σύμβαση ανεξαρτήτων υπηρεσιών (έκδοση ΑΠΥ) για το Πολυϊατρείο της στην Πάτρα.

Οι ώρες εργασίας θα είναι:

	ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	ΘΕΣΕΙΣ	ΗΜΕΡΕΣ	ΩΡΕΣ ΕΒΔΟΜΑΔΙΑΙΑΣ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ
1.	ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΟΣ	1	2	4
2.	ΟΦΘΑΛΜΙΑΤΡΟΣ	1	3	6
3.	ΠΑΘΟΛΟΓΟΣ	1	2	4

A. ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΥΠΟΨΗΦΙΟΤΗΤΑΣ

Για τις παραπάνω θέσεις δεκτοί ως υποψήφιοι γίνονται όσοι διαθέτουν:

- Άδεια άσκησης ιατρικού επαγγέλματος
- Κατοχή τίτλου αντίστοιχης με τη θέση ιατρικής ειδικότητας
- 2-ετή τουλάχιστον προϋπηρεσία

B. ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

Οι ενδιαφερόμενοι πρέπει να υποβάλουν τα εξής:

1. Συμπληρωμένη την Αίτηση που επισυνάπτεται στο παρόν
2. Φωτοαντίγραφο Δελτίου Αστυνομικής Ταυτότητας
3. Φωτοαντίγραφο Πτυχίου Ιατρικής Σχολής
4. Φωτοαντίγραφο απόφασης χορήγησης Τίτλου Ειδικότητας
5. Φωτοαντίγραφο απόφασης Άδειας Ασκίσεως Επαγγέλματος από τον οικείο Ιατρικό Σύλλογο
6. Βεβαίωση από τον οικείο Ιατρικό Σύλλογο ότι είναι εγγεγραμμένοι ως μέλη του και ότι δεν εκκρεμεί σε βάρος τους πειθαρχική δίωξη
7. Βιογραφικό Σημείωμα
8. Υπεύθυνη Δήλωση όπου θα αναφέρεται ότι α) όλα τα στοιχεία που αναγράφονται στη συνημμένη Αίτηση και το Βιογραφικό Σημείωμα είναι αληθή και β) τα δικαιολογητικά που έχουν επισυναφθεί είναι πιστά αντίγραφα εκ των πρωτοτύπων.

Οι ενδιαφερόμενοι καλούνται να υποβάλουν συμπληρωμένη την **ΑΙΤΗΣΗ** που ακολουθεί, **επισυνάπτοντας τα παραπάνω δικαιολογητικά (1. – 9.) μέχρι την Παρασκευή 28 Ιουνίου 2019**, με έναν από τους παρακάτω τρόπους: **(α)** αυτοπροσώπως στο **Πολυϊατρείο Ο.Α.Τ.Υ.Ε.** (Δ/νση: Κανακάρη 193, 2^{ος} όροφος - Τ.Κ. 262 21, Πάτρα) σε κλειστό σφραγισμένο φάκελο, καθημερινά, ώρες 08:00 - 14:00 ή **(β)** ταχυδρομικά σε κλειστό σφραγισμένο φάκελο στην **παραπάνω διεύθυνση** ή **(γ)** μέσω **e-mail** στο info.patras@oatye.gr.

Σημ. 1: Σε περίπτωση κατάθεσης αυτοπροσώπως **(α)** ή μέσω ταχυδρομικής αποστολής **(β)**, στον φάκελο θα πρέπει να αναγράφεται η ένδειξη «**Προς την Ο.Α.Τ.Υ.Ε. – ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΤΗ ΘΕΣΗ ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΟΥ**» ή **ΠΑΘΟΛΟΓΟΥ**» ή **ΟΦΘΑΛΜΙΑΤΡΟΥ**» αντίστοιχα.

Σημ. 2: Σε περίπτωση ηλεκτρονικής αποστολής (email) – **(γ)**, θα πρέπει να αναγράφεται η ίδια ένδειξη στο 'ΘΕΜΑ' του μηνύματος.

Για οποιαδήποτε διευκρίνηση, μπορείτε να επικοινωνείτε με τη Γραμματεία του Πολυϊατρείου Πάτρας (τηλ. 2610242780) ή τα γραφεία Ο.Α.Τ.Υ.Ε. Αθήνας (τηλ. 2103211753).



Ο.Α.Τ.Υ.Ε.

www.oatye.gr



ΑΙΤΗΣΗ ΠΡΟΣ ΤΗΝ

ΟΜΟΣΠΟΝΔΙΑ ΑΥΤΟΔΙΑΧΕΙΡΙΖΟΜΕΝΩΝ ΤΑΜΕΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΕΛΛΑΔΟΣ

Παρακαλώ όπως εξετάσετε τη δυνατότητα συνεργασίας μου με την Ο.Α.Τ.Υ.Ε. για την κάλυψη της θέσης Ιατρού ειδικότητας _____ .

Α. ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

1. Επώνυμο: _____ Όνομα: _____
2. Όνομα πατρός (ή συζύγου): _____
3. Διεύθυνση κατοικίας - Οδός: _____ Αρ.: _____
Πόλη: _____ Τ.Κ.: _____
4. Αριθμός κιν. τηλ.: _____ e-mail: _____
5. Α.Δ.Τ. : _____ Εκδούσα Αρχή : _____
6. Α.Φ.Μ.: _____ Δ.Ο.Υ.: _____

Β. ΤΙΤΛΟΙ ΣΠΟΥΔΩΝ

- I. _____
- II. _____
- III. _____
- IV. _____
- V. _____

Γ. ΠΡΟΫΠΗΡΕΣΙΑ

- I. _____
- II. _____
- III. _____
- IV. _____
- V. _____
- VI. _____

Ο/Η Αιτ.....

Ημ/νία: ... /06/2019