

**ΣΧΕΔΙΟ**

**Αγρίνιο, 25.6.2026**  
**Αριθμ.Πρωτ. : 8426**

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
 ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ  
 ΔΙΟΙΚΗΣΗ 6<sup>ης</sup> Υ.ΠΕ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ, ΙΟΝΙΩΝ ΝΗΣΩΝ,  
 ΗΠΕΙΡΟΥ & ΔΥΤ.ΕΛΛΑΔΑΣ  
 Γ. Ν. Αγρινίου  
 Ταχ. Δ/ση : 3<sup>ο</sup> χλμ ΕΟ Αγρινίου-Αντιρρίου  
 Τ.Κ. : 30132  
 Γραφείο Διοικητή  
 Τηλέφωνο: 2641361551 - 561  
 Email: [diokitis@hospital-agrinio.gr](mailto:diokitis@hospital-agrinio.gr)

**ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ****ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΣΛΗΨΗ ΔΥΟ (2) ΔΕ ΠΛΗΡΩΜΑΤΩΝ ΑΣΘΕΝΟΦΟΡΩΝ ΜΕ ΚΑΘΕΣΤΩΣ ΕΚΔΟΣΗΣ ΑΠΟΔΕΙΞΗΣ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΓΙΑ ΤΙΣ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΤΟΥ ΣΤΟ Γ.Ν. ΑΓΡΙΝΙΟΥ.**

Ο Διοικητής του Γ. Ν. Αγρινίου, κος Μιχαήλ Σερασκέρης έχοντας υπόψη:

1. Τις διατάξεις του άρθρου 10 ν. 3329/2005 (81/τ.Α'/4.4.05) «Εθνικό Σύστημα Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης και λοιπές διατάξεις» όπως αντικαταστάθηκε αρχικά από το άρθρο τρίτο του ν. 4542/2018 (95/τ.Α') και εν συνεχεία από το άρθρο 36 του ν. 4633/2019 (161/Α').
2. Τις διατάξεις της παρ.1 του άρθ. 41 του ν.4058/2012 (63/Α'/22-03-2012) όπως αντικαταστάθηκε από το άρθ. 44 του ν. 4486/2017 (Α'115) και εν συνέχεια τροποποιήθηκε με το άρθ. 47 του ν. 4633/2019 (Α'161) και ισχύει.
3. Το Π.Δ. 85/2022 (232/Α/17.12.2022) Καθορισμός προσόντων διορισμού σε φορείς του Δημοσίου (Προσοντολόγιο – Κλαδολόγιο).
4. Την με αριθμ. πρωτ. Γ4β/Γ.Π.οικ.: 33846/29.07.2025 (987/ΥΟΔΔ/05.08.2025, ΑΔΑ:ΨΒΡΝ465ΦΥΟ-ΟΥΠ) απόφαση του Υπουργείου Υγείας με θέμα «Λήξη της θητείας του προσωρινού Διοικητή του Γ.Ν. ΑΙΤΩΛΟΑΚΑΡΝΑΝΙΑΣ, ΣΕΡΑΣΚΕΡΗ ΜΙΧΑΗΛ και εκ νέου διορισμός».
5. Τις διατάξεις του άρθρου 63 του ν.5302/2026 (78/Α'/20.05.2026), «Επαναφορά διοικητικής & περιουσιακής αυτοτέλειας σε νοσοκομεία του Εθνικού Συστήματος Υγείας – Αναδιάταξη νοσοκομειακού χάρτη Δυτικής Αττικής – Προσθήκη παρ. 4α & 4β στο άρθρο 33 του ν. 5194/2025».
6. Την υπ. αριθ. 7853/12.6.2026 Επικαιροποίηση Βεβαίωσης Πίστωσης και τον Πίνακα Πιστώσεων προϋπολογισμού της Διεύθυνσης Οικονομικών Υπηρεσιών.
7. Την υπ' αριθ. **14<sup>η</sup>/θέμα 8<sup>ο</sup>ΕΗΔ/31.3.2026** Πράξη Διοικητικού Συμβουλίου του Γ. Ν. Αιτωλοακαρνανίας σχετικά με την έγκριση συνεργασίας της Νοσηλευτικής Μονάδας Αγρινίου του Γενικού Νοσοκομείου Αιτωλοακαρνανίας, με εξωτερικού συνεργάτες, **ΔΕ ΠΛΗΡΩΜΑΤΩΝ ΑΣΘΕΝΟΦΟΡΩΝ/ΔΙΑΣΩΣΤΗ-ΠΛΗΡΩΜΑ ΑΣΘΕΝΟΦΟΡΟΥ**, με καθεστώς έκδοσης Δελτίου Απόδειξης Παροχής Υπηρεσιών, για χρονικό διάστημα ενός (1) έτους.
8. Το υπ' αριθ. 4639/6.4.2026 αίτημα της Νοσηλευτικής Μονάδας Αγρινίου του Γ.Ν. Αιτωλοακαρνανίας στην 6<sup>η</sup> ΥΠΕ.
9. Την υπ' αριθμ. Γ4β/25567/18.6.2026 Εγκριτική Απόφαση του Υπουργείου Υγείας με θέμα «Έγκριση συνεργασίας του Γενικού Νοσοκομείου Αγρινίου με δύο (2) εξωτερικούς συνεργάτες κλάδου ΔΕ Πληρωμάτων Ασθενοφόρων, με καθεστώς έκδοσης δελτίου απόδειξης παροχής υπηρεσιών».
10. Την επιτακτική ανάγκη διεκπεραίωσης από το Γ.Ν. Αγρινίου των Δευτερογενών Διακομιδών ασθενών μετά την ολοκλήρωση της νοσηλείας τους (εξιτήριο).
11. Το γεγονός ότι η συνολική δαπάνη βαρύνει τις προβλεπόμενες πιστώσεις του Προϋπολογισμού του Νοσοκομείου μας.

**ΚΑΛΕΙ**

Σε εκδήλωση ενδιαφέροντος για την κάλυψη των αναγκών του Γ. Ν. Αργινίου, αρμοδιότητας 6<sup>ης</sup> ΥΠΕ Υγειονομική Περιφέρεια Πελοποννήσου – Ιονίων Νήσων – Ηπείρου & Δυτικής Ελλάδας, και ειδικότερα σε συνεργασία **με δύο (2) άτομα κατηγορία ΔΕ ΠΛΗΡΩΜΑΤΩΝ ΑΣΘΕΝΟΦΟΡΩΝ/ΔΙΑΣΩΣΤΗ-ΠΛΗΡΩΜΑ ΑΣΘΕΝΟΦΟΡΟΥ με καθεστώς έκδοσης απόδειξης παροχής υπηρεσιών**. Η διάρκεια της σύμβασης είναι ενός (1) έτους, ενώ οι μηνιαίες αποδοχές ανέρχονται σε **1.400,00 €, συμπεριλαμβανόμενου Φ.Π.Α., των ασφαλιστικών εισφορών και των λοιπών κρατήσεων**.

**ΠΡΟΣΟΝΤΑ:****ΔΕ ΠΛΗΡΩΜΑΤΩΝ ΑΣΘΕΝΟΦΟΡΩΝ**

- α) Επαγγελματική άδεια οδήγησης Γ' ή C κατηγορία (ΠΔ 51/2012 όπως ισχύει).
- β) Βεβαίωση ότι πληροί όλες τις προϋποθέσεις για την άσκηση του επαγγέλματος «Διασώστη – Πλήρωμα Ασθενοφόρου» (ν. 3919/2011 όπως ισχύει, Υ.Α. Γ4β/ΓΠ/οικ.16276/4.3.2015, ΦΕΚ 1486/16.7.2015/τ.Β' και Υ.Α. Γ4α/ΓΠ/οικ.34218/8.5.2017/τ.Β'), που χορηγείται από τις αρμόδιες υπηρεσίες των Περιφερειών ή Περιφερειακών Ενοτήτων της Χώρας,
- γ) Δίπλωμα Επαγγελματικής Κατάρτισης της Ειδικότητας «Πλήρωμα Ασθενοφόρου – Διασώστης» του ΙΕΚ ΕΚΑΒ ή αντίστοιχης ειδικότητας σχολής της ημεδαπής ή αλλοδαπής.

**ΔΕ ΠΛΗΡΩΜΑΤΩΝ ΑΣΘΕΝΟΦΟΡΩΝ (χωρίς πιστοποίηση)**

- α) Επαγγελματική άδεια οδήγησης Γ' ή C κατηγορία (ΠΔ 51/2012 όπως ισχύει).
- β) **i.** Απολυτήριος τίτλος Ελληνικού Λυκείου ή άλλος ομότιμος σχολικής μονάδας της ημεδαπής ή αλλοδαπής  
**ii.** Βεβαίωση Επαγγελματικής Κατάρτισης ΙΕΚ ΕΚΑΒ της ειδικότητας «Πλήρωμα Ασθενοφόρου-Διασώστης» ή αντίστοιχης Βεβαίωσης σχολής της ημεδαπής η αλλοδαπής.

**ΚΑΘΗΚΟΝΤΑ**

Ο προσλαμβανόμενος θα προσφέρει τις υπηρεσίες του στο Γ.Ν. Αργινίου πέντε (5) ημέρες την εβδομάδα (από Δευτέρα έως Παρασκευή) σε πρωινή βάρδια (09:00-17:00) για την διεκπεραίωση των διακομιδών των ασθενών μετά την ολοκλήρωση της νοσηλείας τους. Θα παραλαμβάνει τον εκάστοτε ασθενή από τους τραυματιοφορείς από τον χώρο υποδοχής του Νοσοκομείου μας και θα τον μεταφέρει στην οικία του.

**ΟΙ ΥΠΟΨΗΦΙΟΙ ΠΡΕΠΕΙ :**

1. Να είναι Έλληνες πολίτες.
2. Οι υποψήφιοι πρέπει να έχουν ηλικία 18 έως 65 ετών.
3. Να μην έχουν καταδικαστεί για αδικήματα ασυμβίβαστα με την δημοσιοϋπαλληλική ιδιότητα.
4. Να έχουν την υγεία και φυσική καταλληλότητα που τους επιτρέπει την εκτέλεση των καθηκόντων της θέσης.
5. Οι άνδρες μέχρι τη λήξη της προθεσμίας υποβολής των αιτήσεων, να έχουν εκπληρώσει τις στρατιωτικές τους υποχρεώσεις ή να έχουν νόμιμη απαλλαγή από αυτές και να μην είναι ανυπότακτοι ή να μην έχουν καταδικαστεί για λιποταξίας με τελεσίδικη απόφαση.
6. Εφόσον προσληφθούν να εγγραφούν στη Δ.Ο.Υ. ως επιτηδευματίες.
7. Να έχουν τους απαιτούμενους τίτλους σπουδών.

**ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ:**

1. Αίτηση.
2. Αντίγραφο των δυο όψεων της αστυνομικής ταυτότητας.
3. Αντίγραφο τίτλου σπουδών.
4. Πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης (τελευταίου εξαμήνου).
5. Υπεύθυνη δήλωση στην οποία να αναφέρουν ότι δεν έχουν καταδικαστεί για ποινικά αδικήματα.

-Για τους **μισθωτούς**, υπεύθυνη δήλωση του υποψηφίου κατά το άρθρο 8 του Ν1599/1986 στην οποία να δηλώνεται ο εργοδότης, το είδος και η χρονική διάρκεια της εξειδικευμένης εμπειρίας. Οι **μισθωτοί του δημοσίου τομέα** μπορούν, εναλλακτικά αντί της υπεύθυνης δήλωσης να προσκομίσουν βεβαίωση

του οικείου φορέα του δημοσίου τομέα από την οποία να προκύπτουν το είδος και η χρονική διάρκεια της εξειδικευμένης εμπειρίας.

-Για τους **ελεύθερους επαγγελματίες**, υπεύθυνη δήλωση κατά το άρθρο 8 του Ν.1599/1986, για το είδος και τη χρονική διάρκεια της εξειδικευμένης εμπειρίας. Σε περίπτωση θετικού αποτελέσματος για συνεργασία, υποχρεωτική θα είναι η υποβολή ενσήμων ή σχετική βεβαίωση από τον ασφαλιστικό φορέα για επιβεβαίωση των στοιχείων που έχουν δηλωθεί στην Υπεύθυνη Δήλωση.

6. Βεβαίωση προϋπηρεσίας από τον ασφαλιστικό φορέα.
7. Πρόσφατη βεβαίωση από τον ΟΑΕΔ για την απόδειξη του χρόνου ανεργίας.

#### **ΥΠΟΒΟΛΗ ΑΙΤΗΣΕΩΝ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ.**

Οι ενδιαφερόμενοι καλούνται να υποβάλουν αίτηση συμμετοχής η οποία επέχει και θέση Υπεύθυνης Δήλωσης μαζί με τα απαραίτητα δικαιολογητικά **από τις 25.6.2026 έως και τις 29.6.2026**, είτε αυτοπροσώπως, είτε με άλλο εξουσιοδοτημένο από αυτούς πρόσωπο, εφόσον η εξουσιοδότηση φέρει την υπογραφή τους θεωρημένη από δημόσια αρχή, είτε ταχυδρομικά με απόδειξη στη Γραμματεία του Νοσοκομείου κατά τις εργάσιμες ημέρες και ώρες, στην Διεύθυνση:

**ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΓΡΙΝΙΟΥ,  
ΓΡΑΦΕΙΟ ΔΙΟΙΚΗΤΗ,  
3<sup>ο</sup> χλμ. Ε.Ο. Αγρινίου-Αντιρρίου, ΤΚ 30132 Αγρίνιο**

**με την ένδειξη**

**«ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΤΟΥ Γ. Ν. ΑΓΡΙΝΙΟΥ ΜΕ ΙΔΙΩΤΕΣ ΔΕ ΠΛΗΡΩΜΑΤΩΝ ΑΣΘΕΝΟΦΟΡΩΝ ΜΕ ΚΑΘΕΣΤΩΣ ΕΚΔΟΣΗΣ ΔΕΛΤΙΟΥ ΑΠΟΔΕΙΞΗΣ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΚΑΙ ΓΙΑ ΧΡΟΝΙΚΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΕΝΟΣ (1) ΕΤΟΥΣ».**

Ως ημερομηνία κατάθεσης σε περίπτωση αποστολής των αιτήσεων ταχυδρομικώς, λογίζεται η ημερομηνία αποστολής του φακέλου, η οποία αποδεικνύεται από τη σφραγίδα ταχυδρομείου ή με αποδεικτικό της εταιρείας ταχυμεταφοράς, ο οποίος μετά την αποσφράγιση του επισυνάπτεται στην αίτηση των υποψηφίων. Αιτήσεις που θα υποβληθούν μετά την ανωτέρω ημερομηνία, θα απορρίπτονται ως εκπρόθεσμες και δεν θα αξιολογούνται.

#### **ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ.**

Τα αποτελέσματα της αξιολόγησης θα αναρτηθούν στην ιστοσελίδα: [hospital-agrinio.gr](http://hospital-agrinio.gr).

#### **ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΚΑΤΑΓΓΕΛΙΑΣ ΣΥΜΒΑΣΗΣ.**

Ο Διοικητής του **Γ. Ν. Αγρινίου**, ως πρώτος συμβαλλόμενος της σύμβασης που θα υπογραφεί διατηρεί το δικαίωμα καταγγελίας της σύμβασης σε περίπτωση διαπίστωσης ανεπαρκούς ή ελλιπούς παροχής υπηρεσίας του δεύτερου συμβαλλόμενου (προσλαμβανόμενου) και προχωρά άμεσα σε αντικατάστασή του από τον αμέσως επόμενο υποψήφιο αυτής της ειδικότητας στο πίνακα κατάταξης, για το υπολειπόμενο χρονικό διάστημα.

Ο Διοικητής

Μιχαήλ Σερασκέρης

#### **ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ:**

- 6<sup>η</sup> Υ.Π.Ε. Πελοποννήσου, Ιονίων Νήσων, Ηπείρου και Δυτ. Ελλάδας-Υπάτης 1, ΤΚ. 26441, Πάτρα  
email: [protokollo@dypede.gr](mailto:protokollo@dypede.gr)

#### **ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΔΙΑΝΟΜΗ:**

- Γραφείο Διοικητή
- Διοικητικό Διευθυντή
- Υποδιευθυντή Διοικητικού Οικονομικού

- Τμήμα Διαχείρισης Ανθρώπινου Δυναμικού
- Τμήμα Οικονομικό
- Τμήμα Πληροφορικής (για την ανάρτησή της στην ιστοσελίδα του Νοσοκομείου)
- Πίνακα Ανακοινώσεων