

**Α Ν Α Ρ Τ Η Τ Ε Α**

**ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
1^η Υ.ΠΕ. ΑΤΤΙΚΗΣ**

**Αθήνα, 13/ 06 / 2025
Αρ. Πρωτ. 12155**

**Γ. Ν. «ΕΛΕΝΑ ΒΕΝΙΖΕΛΟΥ- ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ»
Γ.Ν.Μ. «ΕΛΕΝΑ ΕΛ. ΒΕΝΙΖΕΛΟΥ»
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ – ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ
ΥΠΟΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟΥ
ΤΜΗΜΑ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ
ΤΑΧ. ΔΙΕΥΘ. ΠΛΑΤΕΙΑ ΈΛΕΝΑΣ ΒΕΝΙΖΕΛΟΥ 2
Τ.Κ: 11521 ΑΜΠΕΛΟΚΗΠΟΙ
ΠΛΗΡ.: ΔΗΜΗΤΡΟΚΑΛΛΗ ΕΙΡΗΝΗ
ΤΗΛ.: 213.20.51.123
210. 64.61.360
E-mail : personel-dept@hospital-elena.gr**

*Νοσοκομείο Φιλικό Προς
Τα Βρέφη
Baby Friendly Hospital*

**ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ ΓΙΑ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ
ΤΟΥ Γ.Ν. «ΕΛΕΝΑ ΒΕΝΙΖΕΛΟΥ – ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ» - Γ.Ν.Μ. «ΕΛΕΝΑ ΕΛ. ΒΕΝΙΖΕΛΟΥ»
ΜΕ ΕΝΑΝ (1) ΙΔΙΩΤΗ ΙΑΤΡΟ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑΣ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΙΑΣ
ΜΕ ΚΑΘΕΣΤΩΣ ΕΚΔΟΣΗΣ, ΕΚ ΜΕΡΟΥΣ ΤΟΥ, ΔΕΛΤΙΟΥ ΑΠΟΔΕΙΞΗΣ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ**

Η ΔΙΟΙΚΗΤΡΙΑ ΤΟΥ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ «ΕΛΕΝΑ ΒΕΝΙΖΕΛΟΥ - ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ»

Έχοντας υπόψη:

1. Την παρ. 1 του άρθρου 41 του ν.4058/2012 (Α' 63), ως τροποποιήθηκε και ισχύει.
2. Τις διατάξεις του ν. 3329/2005 (Α' 81), «Εθνικό Σύστημα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και λοιπές διατάξεις», ως τροποποιήθηκαν και ισχύουν, και ιδίως την παρ. 8 του άρθρου 7 του ν. 3329/2005 (Α' 81), περί αρμοδιοτήτων του Διοικητή του Νοσοκομείου.
3. Την υπό στοιχεία Γ4β/22168/04-06-2025 απόφαση του Υφυπουργού Υγείας, «Έγκριση συνεργασίας του ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ «ΕΛΕΝΑ ΒΕΝΙΖΕΛΟΥ - ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ»- ΑΠΟΚΕΝΤΡΩΜΕΝΗ ΟΡΓΑΝΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ «ΕΛΕΝΑ ΒΕΝΙΖΕΛΟΥ» με έναν (1) ιδιώτη ιατρό ειδικότητας ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΙΑΣ, με καθεστώς έκδοσης δελτίου απόδειξης παροχής υπηρεσιών».
4. Την υπό στοιχεία Γ4β/Γ.Π.οικ. 18348/23-04-2025 κ.υ.α. με την οποία η ΤΑΒΙΑΝΑΤΟΥ ΕΛΠΙΝΙΚΗ διορίστηκε ως κοινή Διοικήτρια στα διασυνδεδεμένα Γ.Ν. «ΕΛΕΝΑ ΒΕΝΙΖΕΛΟΥ – ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ» και Π.Ν.Α. ΣΠΗΛΙΟΠΟΥΛΕΙΟ «Η ΑΓΙΑ ΕΛΕΝΗ» (Β' 455).
5. Τις διατάξεις της υπό στοιχεία Υ4α/οικ. 112143/23-11-2012 κ.υ.α, «Οργανισμός του Γ.Ν.Μ. “ΕΛΕΝΑ ΕΛ. ΒΕΝΙΖΕΛΟΥ”» (Β' 3285).
6. Τις αυξημένες υπηρεσιακές ανάγκες για την εύρυθμη λειτουργία του Αναισθησιολογικού Τμήματος του Γ.Ν. «ΕΛΕΝΑ ΒΕΝΙΖΕΛΟΥ – ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ» - Γ.Ν.Μ. «ΕΛΕΝΑ ΕΛ. ΒΕΝΙΖΕΛΟΥ».

Κ Α Λ Ε Ι

τους/τις ενδιαφερόμενους/ες ιδιώτες ιατρούς ειδικότητας Αναισθησιολογίας για συνεργασία με το Αναισθησιολογικό Τμήμα του Γ.Ν. «ΕΛΕΝΑ ΒΕΝΙΖΕΛΟΥ – ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ» - Γ.Ν.Μ. «ΕΛΕΝΑ ΕΛ. ΒΕΝΙΖΕΛΟΥ» με καθεστώς έκδοσης από αυτόν/ήν δελτίου απόδειξης παροχής υπηρεσιών για χρονικό διάστημα εννέα (9) μηνών.

Α. ΟΙ ΥΠΟΨΗΦΙΟΙ/ΕΣ ΑΠΑΙΤΕΙΤΑΙ:

1. Να είναι Έλληνες πολίτες (Φωτοτυπία της ταυτότητας ή του διαβατηρίου από το οποίο να προκύπτει ότι ο κάτοχος είναι Έλληνας υπήκοος ή υπήκοος χώρας μέλους της Ευρωπαϊκής Ένωσης).

Οι σύζυγοι Ελλήνων υπηκόων ή υπηκόων κρατών μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης, να υποβάλλουν φωτοαντίγραφο δελτίου μόνιμης διαμονής μέλους οικογένειας πολίτη της Ένωσης.

Οι υπήκοοι τρίτων χωρών να υποβάλλουν φωτοαντίγραφο του δελτίου παραμονής επί μακρόν ή φωτοαντίγραφο μπλε κάρτας της Ευρωπαϊκής Ένωσης ή φωτοαντίγραφο δελτίου άδειας παραμονής ομογενούς ή φωτοαντίγραφο δελτίου παραμονής δεύτερης γενιάς.

Για τους υπηκόους τρίτων χωρών ή συζύγους Ελλήνων υπηκόων ή υπηκόων κρατών μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης απαιτείται η γνώση της Ελληνικής γλώσσας σε βαθμό επαρκή για την άσκηση καθηκόντων του οικείου κλάδου, η οποία αποδεικνύεται με πιστοποιητικό ελληνομάθειας (ν.4027/2011, αρ.9).

2. Να έχουν την υγεία και φυσική καταλληλότητα που απαιτείται για την εκτέλεση των καθηκόντων της θέσης απασχόλησης.

3. Κατά το χρόνο λήξεως της προθεσμίας υποβολής των αιτήσεων και κατά τον χρόνο του διορισμού:

-Να μην έχουν καταδικαστεί για αδικήματα ασυμβίβαστα με την δημοσιοϋπαλληλική ιδιότητα κατά το χρόνο λήξης της προθεσμίας υποβολής των αιτήσεων και καθ' όλη τη διάρκεια της συνεργασίας.

-Να μην έχουν καταδικαστεί για κλοπή, υπεξαίρεση, απάτη, εκβίαση, πλαστογραφία, δωροδοκία ή δωροληψία, παράβαση καθήκοντος, συκοφαντική δυσφήμιση ή εγκλήματα της γενετήσιας ελευθερίας.

4. Οι άνδρες να έχουν εκπληρώσει τις στρατιωτικές τους υποχρεώσεις ή να έχουν νόμιμη απαλλαγή.

5. Να μην έχουν απολυθεί την τελευταία πενταετία από θέση δημόσιας υπηρεσίας ή Ο.Τ.Α. ή άλλου Νομικού Προσώπου του δημόσιου τομέα, λόγω επιβολής της πειθαρχικής ποινής της οριστικής παύσεως ή λόγω καταγγελίας της σύμβασης εργασίας για σπουδαίο λόγο, οφειλόμενο σε υπαιτιότητα του εργαζομένου.

6. Να έχουν τους απαιτούμενους τίτλους σπουδών και ειδικότητας.

7. Εφόσον προσληφθούν, να εγγραφούν στον Ιατρικό σύλλογο Αθηνών.

8. Εφόσον προσληφθούν, να εγγραφούν στη Δ.Ο.Υ. ως επιτηδευματίες.

Β. ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΕΠΙΛΟΓΗΣ:**Ι. ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΑ ΤΥΠΙΚΑ ΠΡΟΣΟΝΤΑ**

- i. Πτυχίο Ιατρικής Σχολής της ημεδαπής ή ισότιμης Σχολής της αλλοδαπής νόμιμα αναγνωρισμένο.
- ii. Άδεια άσκησης ιατρικού επαγγέλματος.
- iii. Τίτλος ιατρικής ειδικότητας Αναισθησιολογίας.

ΙΙ. ΣΥΝΕΚΤΙΜΩΜΕΝΑ ΤΥΠΙΚΑ ΠΡΟΣΟΝΤΑ

- i. Θα συνεκτιμηθεί η εργασιακή εμπειρία στην Αναισθησιολογία.
- ii. Βεβαίωση ιδιότητας μέλους οποιούδήποτε Ιατρικού Συλλόγου ανά την ελληνική επικράτεια.

Γ. ΕΜΠΕΙΡΙΑ

Ως εμπειρία για τη θέση νοείται η αποδεδειγμένη απασχόληση με σχέση εργασίας ή σύμβαση έργου στον δημόσιο ή ιδιωτικό τομέα ή άσκηση επαγγέλματος σε καθήκοντα Ιατρού ΠΕ Αναισθησιολογίας.

Δ. ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗ

Ο/η ιατρός θα παρέχει τις υπηρεσίες του/της στο Αναισθησιολογικό Τμήμα της Ιατρικής Υπηρεσίας του Γ.Ν. «ΕΛΕΝΑ ΒΕΝΙΖΕΛΟΥ – ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ» - Γ.Ν.Μ. «ΕΛΕΝΑ ΕΛ. ΒΕΝΙΖΕΛΟΥ» για την πραγματοποίηση πρωινού κατά το τακτικό ωράριο των νοσοκομειακών ιατρών, δηλαδή επτάωρο συνεχές από 08:00 έως 15:00 δύο (2) έως τέσσερις (4) φορές ανά εβδομάδα, και θα συμμετέχει στο μηνιαίο πρόγραμμα εφημεριών του Νοσοκομείου, όπως αυτό εγκρίνεται από τα θεσμικά όργανα του Νοσοκομείου, πραγματοποιώντας ανάλογα με τις ανάγκες του Τμήματος τουλάχιστον τέσσερις (4) εφημερίες τον μήνα, για χρονικό διάστημα εννέα (9) μηνών. Οι προβλεπόμενες συνολικά οκτώ (8) έως δεκαέξι (16) ημερήσιες παρουσίες ανά μήνα θα μπορούν να κατανεμηθούν εβδομαδιαία στη διάρκεια του μήνα σύμφωνα με τον μηνιαίο προγραμματισμό των, μονίμων και επικουρικού, Ιατρών του Τμήματος. Ο ιατρός θα τελεί υπό την εποπτεία του Επιστημονικά Υπεύθυνου Συντονιστή Διευθυντή του Τμήματος, του Διευθυντή Ιατρικής Υπηρεσίας και της Διοικήτριας του Γ.Ν. «ΕΛΕΝΑ ΒΕΝΙΖΕΛΟΥ – ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ».

Ε. ΑΜΟΙΒΗ

Η αμοιβή των παρεχόμενων υπηρεσιών για την πραγματοποίηση πρωινού ωραρίου και εφημεριών αντιστοιχεί στις αποδοχές Επικουρικού Ιατρού βαθμού Επιμελητή Β'.

ΣΤ. ΑΙΤΗΣΕΙΣ – ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ:

Οι ενδιαφερόμενοι υποβάλλουν ή αποστέλλουν την αίτησή τους (Παράρτημα Ι), η οποία επέχει και θέση Υπεύθυνης Δήλωσης του άρθρου 8 του ν.1599/1986 και η ανακρίβεια των δηλούμενων στοιχείων επισύρει τις προβλεπόμενες ποινικές και διοικητικές κυρώσεις, σύμφωνα με το πρότυπο του παραρτήματος, με συνημμένα τα κάτωθι απαιτούμενα δικαιολογητικά:

1. Αντίγραφο της αστυνομικής ταυτότητας.
2. Πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης.
3. Υπεύθυνη δήλωση στην οποία να αναφέρουν τα οριζόμενα της παρ. 3 & 5 της ενότητας (Α) της παρούσας.

4. Αντίγραφο τίτλου σπουδών (πτυχίο) & απόδειξη εμπειρίας/βεβαιώσεις.
5. Αντίγραφο του τίτλου αντίστοιχης ειδικότητας.
6. Αντίγραφο άδειας ασκήσεως ιατρικού επαγγέλματος.
7. Σύντομο βιογραφικό σημείωμα.
8. Φορολογική και Ασφαλιστική ενημερότητα.
9. Βεβαίωση εγγραφής σε Ιατρικό Σύλλογο.

Οι ενδιαφερόμενοι καλούνται να υποβάλλουν την αίτηση- δήλωση υποψηφιότητας με τα συνημμένα δικαιολογητικά αυτοπροσώπως είτε μέσω εξουσιοδοτημένου από αυτούς προσώπου, είτε ταχυδρομικά με συστημένη επιστολή, στην ταχυδρομική διεύθυνση:

Γ.Ν. «ΕΛΕΝΑ ΒΕΝΙΖΕΛΟΥ – ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ»

Γ.Ν.Μ. «ΕΛΕΝΑ ΕΛ. ΒΕΝΙΖΕΛΟΥ»

ΠΛΑΤΕΙΑ ΈΛΕΝΑΣ ΕΛ. ΒΕΝΙΖΕΛΟΥ 2,

ΑΜΠΕΛΟΚΗΠΟΙ, Τ.Κ. 11521, ΑΘΗΝΑ

με την ένδειξη **«Για την πρόσκληση ενδιαφέροντος για συνεργασία με ιατρό ειδικότητας Αναισθησιολογίας».**

Η χρονική περίοδος υποβολής των αιτήσεων ορίζεται **σε πέντε (5) εργάσιμες ημέρες από Δευτέρα 16 Ιουνίου 2025 έως και Παρασκευή 20 Ιουνίου 2025.**

Ως ημερομηνία κατάθεσης λογίζεται η ημερομηνία αποστολής, η οποία αποδεικνύεται από τη σφραγίδα του ταχυδρομείου ή το αποδεικτικό της εταιρείας ταχυμεταφοράς.

Υποψήφιοι των οποίων οι αιτήσεις υπεβλήθησαν εκπρόθεσμα ή δεν υπέβαλαν τα προβλεπόμενα για τη θέση δικαιολογητικά δεν εξετάζονται και απορρίπτονται.

Με την πρόσληψη και την υπογραφή της σύμβασης οφείλει ο ιατρός να προσκομίσει:

1. Πιστοποιητικό στρατολογικής κατάστασης τύπου Α' για άνδρες (ή βεβαίωση οριστικής απόλυσης από τις τάξεις του Ελληνικού Στρατού). Όπου στο τύπο Α' προκύπτει αναβολή στράτευσης, αυτή θα πρέπει να υπερβαίνει το έτος από την ημερομηνία λήξης της πρόσκλησης.
2. Τα οριζόμενα στις διατάξεις του άρθρου 7 του ν.4210/2013, για την πιστοποίηση υγείας.
3. Βεβαίωση εγγραφής στον Ιατρικό Σύλλογο Αθηνών.

Οι υποψηφιότητες θα αξιολογηθούν από Επιτροπή απαρτιζόμενη από τη Διοικήτρια του Νοσοκομείου, το Διευθυντή Ιατρικής Υπηρεσίας και τον Επιστημονικά Υπεύθυνο Συντονιστή Διευθυντή του Αναισθησιολογικού Τμήματος.

Η παρούσα πρόσκληση αναρτάται στο πρόγραμμα «ΔΙΑΥΓΕΙΑ» και στην ιστοσελίδα του Γ.Ν. «ΕΛΕΝΑ ΒΕΝΙΖΕΛΟΥ – ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ» - Γ.Ν.Μ. «ΕΛΕΝΑ ΕΛ. ΒΕΝΙΖΕΛΟΥ».

Η ΔΙΟΙΚΗΤΡΙΑ

ΕΛΠΙΝΙΚΗ Α. ΤΑΒΙΑΝΑΤΟΥ

ΣΥΝΗΜΜΕΝΑ: ΑΙΤΗΣΗ- ΔΗΛΩΣΗ ΥΠΟΨΗΦΙΟΤΗΤΑΣ

ΘΕΩΡΗΘΗΚΕ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΚΡΙΒΕΙΑ
Η ΠΡΟΙΣΤΑΜΕΝΗ ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑΣ

ΣΤΑΜΑΤΙΑ ΚΡΕΜΕΤΗ

ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ:

1. Γραφείο Διοικήτριας 1ης Υ.Πε. Αττικής
2. Υπουργείο Υγείας - Διεύθυνση Ανθρώπινου Δυναμικού Νομικών Προσώπων – Τμήμα Ιατρών
3. Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος
4. Ιατρικός Σύλλογος Αθηνών

ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΔΙΑΝΟΜΗ:

1. Γραφείο Διοίκησης
2. Διοικητική και Οικονομική Υπηρεσία - Υποδιεύθυνση Διοικητικού - Τμήμα Διαχείρισης Ανθρώπινου Δυναμικού

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι

ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ ΓΙΑ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΤΟΥ Γ.Ν. «ΕΛΕΝΑ ΒΕΝΙΖΕΛΟΥ – ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ» - Γ.Ν.Μ. «ΕΛΕΝΑ ΕΛ. ΒΕΝΙΖΕΛΟΥ» ΜΕ ΕΝΑΝ (1) ΙΔΙΩΤΗ ΙΑΤΡΟ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑΣ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΙΑΣ ΜΕ ΚΑΘΕΣΤΩΣ ΕΚΔΟΣΗΣ, ΕΚ ΜΕΡΟΥΣ ΤΟΥ, ΔΕΛΤΙΟΥ ΑΠΟΔΕΙΞΗΣ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ	
<u>ΑΙΤΗΣΗ</u>	<u>ΠΡΟΣ:</u> Γ.Ν. ""ΕΛΕΝΑ ΒΕΝΙΖΕΛΟΥ - ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ" Γ.Ν.Μ. "ΕΛΕΝΑ ΕΛ. ΒΕΝΙΖΕΛΟΥ" ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ – ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ
<u>ΟΝΟΜΑ:</u>	Παρακαλώ όπως κάνετε αποδεκτή και εξετάσετε την παρούσα αίτηση, η οποία επέχει θέση υπεύθυνης δήλωσης του άρθρου 8 του ν.1599/1986, για τη συνεργασία μου με το ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ «ΕΛΕΝΑ ΒΕΝΙΖΕΛΟΥ - ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ»- Γ.Ν.Μ. «ΕΛΕΝΑ ΕΛ. ΒΕΝΙΖΕΛΟΥ», σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 41 του ν. 4058/2012. Δηλώνω υπεύθυνα ότι: 1. Αποδέχομαι τους όρους της με αριθ. πρωτ.πρόσκλησης εκδήλωσης ενδιαφέροντος. 2. Διαθέτω και υποβάλλω συνημμένα όλα τα δικαιολογητικά που προβλέπονται στην αριθ. πρωτ. _____ πρόσκληση εκδήλωσης ενδιαφέροντος., τα οποία είναι γνήσια και ακριβή. 3. Για την έναρξη συνεργασίας και την είσπραξη της συμφωνηθείσας αποζημίωσης δεν συντρέχει κανένα κώλυμα στο πρόσωπό μου και σε αντίθετη περίπτωση, θα φροντίσω για την άρση κάθε κωλύματος για το σκοπό αυτό, εφόσον η παρούσα αίτησή μου γίνει αποδεκτή. ΑΘΗΝΑ, __ / 06 / 2025 Ο/Η ΔΗΛΩΝ/ΟΥΣΑ _____ (ΥΠΟΓΡΑΦΗ-ΣΦΡΑΓΙΔΑ)
<u>ΕΠΩΝΥΜΟ:</u>	
<u>ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ:</u>	
<u>ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΡΟΣ:</u>	
<u>ΑΔΤ Η ΑΡ. ΔΙΑΒΑΤ.:</u>	
<u>ΤΗΛΕΦΩΝΟ:</u>	
<u>EMAIL:</u>	
<u>ΣΥΝΗΜΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ:</u> 1. ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ ΤΗΣ ΑΣΤΥΝΟΜΙΚΗΣ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ 2. ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ 3. ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΑ ΟΡΙΖΟΜΕΝΑ ΣΤΗΝ ΠΑΡ.3 &5 ΤΗΣ ΕΝΟΤΗΤΑΣ (Α). 4. ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ ΤΙΤΛΟΥ ΣΠΟΥΔΩΝ (ΠΤΥΧΙΟ), ΑΠΟΔΕΙΞΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑΣ/ΒΕΒΑΙΩΣΕΙΣ. 5. ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ ΑΔΕΙΑΣ ΑΣΚΗΣΕΩΣ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ. 6. ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ ΑΔΕΙΑΣ ΤΙΤΛΟΥ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑΣ. 7. ΣΥΝΤΟΜΟ ΒΙΟΓΡΑΦΙΚΟ ΣΗΜΕΙΩΜΑ. 8. ΦΟΡΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΙ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΕΝΗΜΕΡΟΤΗΤΑ. 9. ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΕΓΓΡΑΦΗΣ ΣΕ ΙΑΤΡΙΚΟ ΣΥΛΛΟΓΟ.	