



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

ΔΙΟΙΚΗΣΗ 3ης ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ ΜΟΝΑΔΩΝ
ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΥΗΣ
ΤΜΗΜΑ ΣΥΝΕΧΙΖΟΜΕΝΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ
& ΔΙΕΘΝΩΝ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΩΝ

Θεσσαλονίκη, 25-10-2017
Αρ. Πρωτ.: 41881

ΘΕΜΑ: Εγγραφή στο Μητρώο Αποκλειστικών Νοσοκόμων της 3ης Υγειονομικής Περιφέρειας Μακεδονίας.

ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗ

Η Διοίκηση της 3ης Υγειονομικής Περιφέρειας Μακεδονίας, σύμφωνα με την αριθμ.Υ4α/οικ.37804/25-04-2013 (ΦΕΚ 1023/τ.Β'/25-04-2013) Υπουργική Απόφαση, με θέμα «Παροχή υπηρεσιών σε ασθενείς νοσοκομείων ΕΣΥ και ιδιωτικών κλινικών της Χώρας από αποκλειστικές νοσοκόμες και νοσοκόμους», όπως αυτή τροποποιήθηκε και συμπληρώθηκε με τις αριθμ.Υ4α/Γ.Π.οικ. 75206/08-08-2013, ΑΔΑ: ΒΛΩ0Θ-0ΑΦ (ΦΕΚ 1944/τ.Β'/09-08-2013) και αριθμ.Α3γ/οικ. 18680/13-03-2015 (ΦΕΚ 458/τ.Β'/26-03-2015) Υπουργικές Αποφάσεις, ανακοινώνει ότι **από 15 Νοεμβρίου έως 30 Νοεμβρίου 2017** θα παραλαμβάνει τις αιτήσεις των Αποκλειστικών Νοσοκόμων που επιθυμούν να συμπεριληφθούν στο μητρώο Αποκλειστικών Νοσοκόμων του έτους **2018** και να παρέχουν τις υπηρεσίες τους στα νοσοκομεία αρμοδιότητάς της καθώς και τις ιδιωτικές κλινικές που εμπίπτουν στα γεωγραφικά όριά της.

Οι ενδιαφερόμενοι μπορούν να υποβάλουν τις αιτήσεις τους:

- είτε ταχυδρομικώς στη διεύθυνση: 3η Δ.Υ.Πε Μακεδονίας, Αριστοτέλους 16, Τ.Κ. 54623, Θεσσαλονίκη, με την ένδειξη Αποκλειστικοί Νοσοκόμοι (με σφραγίδα ταχυδρομείου από 15-11-2017 έως και 30-11-2017).
- είτε αυτοπροσώπως στην παραπάνω διεύθυνση, στον 3^ο όροφο με τον Β' Ανελκυστήρα (υπόψη κ. Μαυρέα, τηλέφωνο: 2313320567)

Αιτήσεις που θα υποβληθούν εκτός του οριζόμενου χρονικού διαστήματος (15-30/11/2017) δεν θα ληφθούν υπόψη.

Αναφορικά με τη διαδικασία της κατάθεσης των αιτήσεων υπενθυμίζουμε ότι:

1. Οι ενδιαφερόμενοι μπορούν να υποβάλουν αίτηση **μόνο σε μία Υγειονομική Περιφέρεια** δηλώνοντας **έως τρεις επιλογές** κατά σειρά προτίμησης, προκειμένου να επιλεγούν για ένα Νοσοκομείο ή Ιδιωτική Κλινική.

2. Οι αιτήσεις των ενδιαφερόμενων θα πρέπει να συνοδεύονται **από όλα τα απαιτούμενα δικαιολογητικά**, όπως αυτά αναγράφονται ως συνημμένα στο έντυπο της αίτησης **και από δύο (2) Υπεύθυνες Δηλώσεις**.

Στην ιστοσελίδα της Υπηρεσίας μας www.3ype.gr, στο link Μητρώο Αποκλειστικών Νοσοκόμων, υπάρχουν διαθέσιμα **δύο έντυπα αιτήσεων** και **δύο υπεύθυνες δηλώσεις**.

Παρακαλούμε οι υποψήφιοι να επιλέξουν το ορθό έντυπο αίτησης, σύμφωνα με την περίπτωση στην οποία υπάγονται:

1. **ΑΡΧΙΚΗ ΑΙΤΗΣΗ:** Επιλέγεται προς συμπλήρωση από τους υποψήφιους οι οποίοι υποβάλλουν **για πρώτη φορά** αίτηση στην 3η Δ.Υ.Πε Μακεδονίας, δηλαδή **δεν έχουν συμπεριληφθεί** στο Μητρώο Αποκλειστικών Νοσοκόμων προηγούμενων ετών και **δεν έχουν** λάβει αριθμό μητρώου αποκλειστικού νοσοκόμου.
2. **ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΗ ΑΙΤΗΣΗ:** Επιλέγεται προς συμπλήρωση από τους υποψήφιους οι οποίοι **συμπεριλήφθηκαν** στο Μητρώο Αποκλειστικών Νοσοκόμων προηγούμενων ετών και **έχουν** λάβει αριθμό μητρώου αποκλειστικού νοσοκόμου.

Σημείωση: Οι ενδιαφερόμενοι που θα συμπεριληφθούν στο Μητρώο οφείλουν να προσκομίσουν στην Υπηρεσία μας, **το αργότερο έως 31-03-2018**, φωτοτυπία της σχετικής σελίδας του Βιβλιαρίου ΙΚΑ, με την ανανέωση (παράταση) για το έτος 2018. **Σε αντίθετη περίπτωση θα διαγράφονται από το Μητρώο.**

Ο Διοικητής

Γιώργος Κ. Κίρκος

Κοινοποίηση

Όλα τα Νοσοκομεία της 3η Δ.Υ.ΠΕ. Μακεδονίας
(με την παράκληση να την αναρτήσουν σε εμφανές σημείο
προκειμένου να λάβουν γνώση οι ενδιαφερόμενες-οι).