



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

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

Θεσσαλονίκη, 22-10-2018

Αρ. Πρωτ.: Δ3β/38888

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 2018** θα παραλαμβάνει τις αιτήσεις των Αποκλειστικών Νοσοκόμων που επιθυμούν να συμπεριληφθούν στο μητρώο Αποκλειστικών Νοσοκόμων του έτους 2019 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 15-11-2018 έως και 30-11-2018).
- είτε αυτοπροσώπως στην παραπάνω διεύθυνση, στον 3^ο όροφο με τον Β' Ανελκυστήρα (υπόψη κ. Μαυρέα, τηλέφωνο: 2313 320567)

Αιτήσεις που θα υποβληθούν εκτός του οριζόμενου χρονικού διαστήματος (15-30/11/2018) 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 31-03-2019**, φωτοτυπία της σχετικής σελίδας του Βιβλιαρίου ΙΚΑ, με την ανανέωση (παράταση) για το έτος 2019. **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).