



Περιφερειακή Οδός Θεσ/νίκης
564 03 Νέα Ευκαρπία
www.papageorgiou-hospital.gr

ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ

Διευθύντρια: Ευαγγελία Σταυροπούλου

T 2313 323128

F 2310 685111

Γραφείο Προμηθειών

Πληρ: κα Ανοιξούδη Ειρήνη

Τηλ.: 2313 32.3115, fax: 2313 32.3969

Ηλεκτρ. Δ/ση: pr@papageorgiou-hospital.gr

ΑΝΑΡΤΗΤΕΑ ΣΤΟ ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ

Θεσσαλονίκη, 30-04-2026

Αρ. Πρωτ.:

(Π.15/2026)

ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ

ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΑΘΕΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΠΕ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΚΗΣ, ΜΕ ΤΗ ΣΥΝΑΨΗ ΔΥΟ ΣΥΜΒΑΣΕΩΝ ΕΡΓΟΥ, ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΗ ΤΩΝ ΑΝΑΓΚΩΝ ΤΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΚΗΣ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ, ΧΡΟΝΙΚΗΣ ΔΙΑΡΚΕΙΑΣ ΕΝΟΣ (1) ΕΤΟΥΣ, ΣΥΝΟΛΙΚΗΣ ΠΡΟΫΠΟΛΟΓΙΣΤΙΚΗΣ ΔΑΠΑΝΗΣ 30.000,00€ ΣΥΜΠΕΡΙΛΑΜΒΑΝΟΜΕΝΩΝ ΚΡΑΤΗΣΕΩΝ, ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΩΝ ΕΙΣΦΟΡΩΝ ΚΑΙ Φ.Π.Α. 24%, (CPV: 79253200-5).

Το Γ.Ν. ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ έχοντας υπόψη :

1. Τις διατάξεις του Ν.4412/2016 «Δημόσιες Συμβάσεις Έργων, Προμηθειών και Υπηρεσιών» (προσαρμογή στις Οδηγίες 2014/24/ΕΕ και 2014/25/ΕΕ), όπως τροποποιημένος ισχύει.
2. Την υπ' αριθ. Α1α / 8342 / 10-07-1998 κοινή υπουργική απόφαση των Υπουργών Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας (ΦΕΚ Β' 711) «Έγκριση του Εσωτερικού Κανονισμού Λειτουργίας του Γενικού Περιφερειακού Νοσοκομείου Παπαγεωργίου», όπως τροποποιήθηκε, συμπληρώθηκε και ισχύει σήμερα.
3. Τις διατάξεις των άρθρων 15 και 17 της από 24-05-1991 Σύμβασης μεταξύ του Ελληνικού Δημοσίου και του Ιδρύματος «Ίδρυμα Παπαγεωργίου», που κυρώθηκε με το Ν. 1964 / 1991 (ΦΕΚ 146 / τεύχος Α' / 26-09-1991), όπως τροποποιήθηκε, συμπληρώθηκε και ισχύει σήμερα.
4. Την υπ' αριθ. Γ4β/οικ. 16781/09-04-2026 (ΦΕΚ 521/21-04-2026, Τεύχος Υ.Ο.Δ.Δ.) ΚΥΑ του Υπουργού Υγείας και του Υφυπουργού Υγείας περί συγκρότησης και ορισμού μελών στο Διοικητικό Συμβούλιο του Γ.Ν. «ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ», αρμοδιότητας 3ης Υ.Πε. Μακεδονίας, όπως διορθώθηκε με το ΦΕΚ 577/28-04-2026, Τεύχος Υ.Ο.Δ.Δ.
5. Την υπ. αρ. πρωτ. 729^η/ 18-02-2026 (Θέμα 3ο) απόφαση του Δ.Σ. του Γ.Ν.ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ (ΑΔΑ: 9ΕΝΒ469ΗΑΞ-ΠΓΔ) με την οποία εγκρίθηκε η ανάρτηση πρόσκλησης εκδήλωσης ενδιαφέροντος για την ανάθεση καθηκόντων ΠΕ Πληροφορικής, με σύναψη δύο συμβάσεων έργου, συνολικής προϋπολογιστικής δαπάνης 30.000,00 € για χρονικό διάστημα ενός (1) έτους, συμπεριλαμβανομένων κρατήσεων, ασφαλιστικών εισφορών και τυχόν Φ.Π.Α. 24%, για την εξυπηρέτηση των αναγκών της Υπηρεσίας Πληροφορικής του Νοσοκομείου, καθώς και η δέσμευση πίστωσης από τον προϋπολογισμό του έτους 2026 για τη διενέργεια της ανωτέρω διαγωνιστικής διαδικασίας.

ΠΡΟΣΚΑΛΕΙ

κάθε ενδιαφερόμενο να καταθέσει προσφορά για την ανάθεση παροχής υπηρεσιών ΠΕ Πληροφορικής, στην Υπηρεσία Πληροφορικής του Νοσοκομείου, ως κατωτέρω :

1. ΠΡΟΣΟΝΤΑ ΥΠΟΨΗΦΙΩΝ

Οι υποψήφιοι θα πρέπει απαραίτητα να κατέχουν κατ' ελάχιστον :

- Πτυχίο ΑΕΙ Πληροφορικής (ΠΕ) ή Δίπλωμα ισοδύναμο της ημεδαπής ή ισότιμο αντίστοιχο τίτλο της αλλοδαπής, αναγνωρισμένο από τον ΔΟΑΤΑΠ.
- Άριστη γνώση της Αγγλικής γλώσσας (Επιπέδου Proficiency ή αντίστοιχο).
- Αποδεδειγμένη επαγγελματική εμπειρία τουλάχιστον έξι μηνών ή εξειδίκευση στα κάτωθι :
 - Εμπειρία στη διαχείριση Active Directory (AD): Δημιουργία και διαχείριση χρηστών (User Management), Group Policies (GPOs), διαχείριση δομής και ασφάλειας σε περιβάλλον Windows Server.
 - Εμπειρία σε Πληροφοριακά Συστήματα Εργαστηρίων (LIS - Laboratory Information System): Υποστήριξη λειτουργίας, διαχείριση αναλυτών, ροές εργασίας (workflows) και διασύνδεση με τον ηλεκτρονικό φάκελο ασθενούς (HIS).
 - Εμπειρία στο σύστημα SAP IS-H (Industry Solution for Healthcare): Υποστήριξη και λειτουργική διαχείριση της συγκεκριμένης λύσης υγείας της SAP, διαχείριση δεδομένων ασθενών.
- Να εργάζονται νομίμως στην Ελλάδα, γνωρίζοντας άπταιστα την ελληνική γλώσσα.

Επισημαίνεται ότι:

- Η απόδειξη της επαγγελματικής εμπειρίας αποδεικνύεται με βεβαίωση εργοδότη, βεβαίωση απασχόλησης ή αντίστοιχο έγγραφο.
- Όλα τα προσκομιζόμενα έγγραφα πρέπει να είναι πρωτότυπα ή επικυρωμένα αντίγραφα των πρωτοτύπων ή ευκρινή φωτοαντίγραφα αυτών, σύμφωνα με το Ν.4250/26.3.2014. Επίσης τα ιδιωτικά έγγραφα, μπορεί να γίνονται αποδεκτά και σε απλή φωτοτυπία, εφόσον συνυποβάλλεται υπογεγραμμένη υπεύθυνη δήλωση, στην οποία βεβαιώνεται η ακρίβεια τους.
- Τα ξενόγλωσσα πιστοποιητικά πρέπει να είναι μεταφρασμένα στην ελληνική και επικυρωμένα από το Υπουργείο Εξωτερικών ή από επίσημο μεταφραστικό γραφείο ή από δικηγόρο. Στα αλλοδαπά δημόσια έγγραφα και δικαιολογητικά εφαρμόζεται η Συνθήκη της Χάγης, της 5.10.1961, που κυρώθηκε με το Ν. 1497/1984 (Α 188). Ειδικά τα αλλοδαπά ιδιωτικά έγγραφα θα πρέπει να συνοδεύονται από μετάφρασή τους στην ελληνική γλώσσα επικυρωμένη είτε από πρόσωπο αρμόδιο κατά τις διατάξεις της εθνικής νομοθεσίας είτε από πρόσωπο κατά νόμο αρμόδιο της χώρας στην οποία έχει συνταχθεί το έγγραφο, σύμφωνα με την παρ.14 του άρθρου 107 του Ν.4497/2017. Προσκομίζονται πρωτότυπα ή επικυρωμένα αντίγραφα ή ευκρινή φωτοαντίγραφα αυτών, σύμφωνα με το Ν.4250/26.3.2014 ή απλά φωτοαντίγραφα συνοδευόμενα από υπεύθυνη δήλωση στην οποία βεβαιώνεται η ακρίβειά τους.

- Οι υπεύθυνες δηλώσεις πρέπει να έχουν αληθές και ακριβές περιεχόμενο, άλλως επιφέρουν κυρώσεις. Δεν απαιτείται θεώρηση του γνησίου της υπογραφής. Μόνον οι δημοσιεύσεις στον ξένο τύπο (αποσπάσματα) μπορούν να είναι στα Αγγλικά.

2. ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ – ΕΠΙΛΟΓΗ

2.1. Οι ενδιαφερόμενοι – υποψήφιοι συμβασιούχοι θα πρέπει να καταθέσουν στο Γραφείο Προμηθειών του Νοσοκομείου φάκελο που θα περιλαμβάνει: **1) πλήρες βιογραφικό σημείωμα, 2) συμπληρωμένη την αίτηση του Παραρτήματος Α' της παρούσας, στην οποία θα αναγράφουν: α) ότι έχουν λάβει πλήρως γνώση και συμφωνούν με τους όρους της παρούσας πρόσκλησης και β) την ετήσια αμοιβή που επιθυμούν για την εκτέλεση του έργου, λαμβάνοντας υπόψη ότι ο συνολικός ετήσιος προϋπολογισμός του έργου ανέρχεται στο ποσό των 15.000,00 € (για έκαστο υποψήφιο), συμπεριλαμβανομένου ΦΠΑ, ασφαλιστικών εισφορών ελεύθερου επαγγελματία βαρύνουν, οι οποίες βαρύνουν αποκλειστικά τον ανάδοχο και την παρακράτηση φόρου εισοδήματος επί της αμοιβής κατά τα προβλεπόμενα από τις διατάξεις του Κ.Φ.Δ., 3) όλα τα απαιτούμενα δικαιολογητικά/πιστοποιητικά για την τεκμηρίωση των προσόντων του ως άνω άρθρου 1^{ου}.**

2.2. Αιτήσεις που δεν συνοδεύονται από επαρκή τεκμηρίωση των προσόντων του άρθρου 1ου ή που καθορίζουν αμοιβή εκτός του προϋπολογισμού προηγούμενης παραγράφου απορρίπτονται.

2.3. Σε περίπτωση που προκύψει ισοτιμία (απόκλιση προσφερόμενης αμοιβής σε ποσοστό έως 1%) ανάμεσα σε δύο ή περισσότερους υποψηφίους, θα επιλεγεί με σειρά προτεραιότητας:

- ο υποψήφιος ανάδοχος με την μεγαλύτερη προϋπηρεσία σε φορείς υγείας και σε αντικείμενο συναφές των ζητούμενων αντικειμένων.
- ο υποψήφιος ανάδοχος με τις περισσότερες εξειδικεύσεις - μετεκπαιδεύσεις.
- ο υποψήφιος ανάδοχος με τις περισσότερες πιστοποιημένες ξένες γλώσσες.

2.4. Οι συμβάσεις υπογράφονται με τους δύο πρώτους μειοδότες υποψηφίους, που καλύπτουν όλα τα απαιτούμενα προσόντα του άρθρου 1ου. Μόνο σε περίπτωση που δεν έχουν κατατεθεί ή έχουν απορριφθεί όλες οι προσφορές λόγω μη πλήρωσης των απαιτούμενων προσόντων, δύναται να γίνει δεκτή προσφορά χωρίς άριστη γνώση ξένης γλώσσας.

2.5. Ο ενδιαφερόμενος που ασκεί ελεύθερο επάγγελμα θα εκδίδει Τιμολόγιο Παροχής Υπηρεσιών (Τ.Π.Υ.)

Μετά την ανάδειξη των συμβασιούχων και πριν την υπογραφή των συμβάσεων θα πρέπει ο κάθε υποψήφιος που επιλέχθηκε να καταθέσει:

- Απόσπασμα ποινικού μητρώου έκδοσης του τελευταίου τριμήνου, από το οποίο να προκύπτει ότι δεν έχει καταδικασθεί για αδίκημα σχετικό με την άσκηση της επαγγελματικής του δραστηριότητας.
- Πιστοποιητικό περί του ότι έχουν εκπληρωθεί οι φορολογικές υποχρεώσεις (φορολογική ενημερότητα) καταβολής, σύμφωνα με την ισχύουσα νομοθεσία.
- Πιστοποιητικό περί του ότι έχουν εκπληρωθεί οι υποχρεώσεις καταβολής των εισφορών κοινωνικής ασφάλισης, σύμφωνα με την ισχύουσα νομοθεσία.

- Αποδεικτικά έγγραφα νομιμοποίησης του προσφέροντος, ήτοι την έναρξη επιτηδεύματος από την αντίστοιχη Δημόσια Οικονομική Υπηρεσία και τις τυχόν μεταβολές.

3. ΔΙΑΡΚΕΙΑ

Η διάρκεια της σύμβασης θα είναι ένα (1) έτος και δύναται να παρατείνεται ανά έτος με τους ίδιους όρους, μετά από σχετικό αίτημα της Διοίκησης του Νοσοκομείου και τη σύμφωνη γνώμη του αναδόχου.

4. ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΟ ΕΡΓΑΣΙΩΝ

Οι ανάδοχοι θα ενταχθούν στο δυναμικό της Διεύθυνσης Πληροφορικής του Νοσοκομείου και θα αναλάβουν, μεταξύ άλλων, τα εξής καθήκοντα :

- Παροχή τεχνικής υποστήριξης πρώτου και δεύτερου επιπέδου (Helpdesk) στους τελικούς χρήστες του Νοσοκομείου.
- Διαχείριση, παραμετροποίηση και υποστήριξη λογαριασμών χρηστών και δικαιωμάτων.
- Υποστήριξη και διαχείριση της ομαλής λειτουργίας εξειδικευμένων νοσοκομειακών πληροφοριακών συστημάτων, με έμφαση στα συστήματα εργαστηρίων και διαχείρισης ασθενών.
- Συμμετοχή στον σχεδιασμό, την υλοποίηση και τη συντήρηση υποδομών λογισμικού και δικτύων.

5. ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗ - ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

5.1. Οι υποψήφιοι ανάδοχοι που θα επιλεγούν και θα υπογράψουν σύμβαση, θα απασχολούνται στην Υπηρεσία Πληροφορικής του Νοσοκομείου, με την αυτοπρόσωπη παρουσία τους, θα απασχολείται με αυτοπρόσωπη παρουσία, για 5 ημέρες την εβδομάδα από Δευτέρα έως Παρασκευή, με πρωινή βωρη απασχόληση κατά τις εργάσιμες ημέρες και ώρες και σύμφωνα με τις ανάγκες του τμήματος.

5.2. Ο συμβασιούχος θα συνεργάζεται άμεσα με το προσωπικό του Νοσοκομείου και θα βρίσκεται υπό την εποπτεία της Διεύθυνσης Πληροφορικής του Νοσοκομείου, στις εντολές και στις οδηγίες της οποίας θα πρέπει να πειθαρχεί. Κάθε περίπτωση απειθαρχίας ή ανάρμοστης συμπεριφοράς προς τους ασθενείς ή τους συνοδούς τους ή το προσωπικό του Νοσοκομείου, αποτελεί σοβαρό λόγο για την εκ μέρους του Νοσοκομείου καταγγελία της σύμβασης. Ομοίως σοβαρό λόγο καταγγελίας της σύμβασης αποτελεί η εκ μέρους του συμβασιούχου παραβίαση του ωραρίου εργασίας.

5.3. Ο συμβασιούχος θα πρέπει να επιδεικνύει ζήλο και προθυμία προς την εκτέλεση των καθηκόντων του.

5.4. Η κάθε σύμβαση που θα προκύψει, ρητά και ανεπιφύλακτα αναγνωρίζεται και συμφωνείται από τα συμβαλλόμενα μέρη, ότι δεν δημιουργεί οποιαδήποτε σχέση νομικής εξάρτησης μεταξύ τους και ότι καμία διάταξη αυτής δεν θεμελιώνει, ούτε μπορεί να θεμελιώνει μεταξύ τους σχέση εντολής, άμεσης ή έμμεσης πληρεξουσιότητας, κοινωνίας, πρακτόρευσης, μεσιτείας, εργασίας και εν γένει οποιαδήποτε άλλης σχέσης, πέραν της μίσθωσης έργου.

6. ΕΜΠΙΣΤΕΥΤΙΚΟΤΗΤΑ - ΕΧΕΜΥΘΕΙΑ

6.1. Όλες οι πληροφορίες, πλάνα, στατιστικά στοιχεία και κάθε άλλο σχετικό έγγραφο ή στοιχείο που αποκτάται, συγκεντρώνεται ή καταρτίζεται από τον/ην συμβασιούχο κατά την εκτέλεση του έργου της παρούσας συμβάσεως, είναι εμπιστευτικά και ανήκουν στην απόλυτη ιδιοκτησία του Νοσοκομείου.

6.2. Ο συμβασιούχος, χωρίς την προηγούμενη γραπτή συναίνεση της Διοίκησης του Νοσοκομείου, δεν αποκαλύπτει καμία πληροφορία που του δόθηκε, ούτε κοινοποιεί στοιχεία ή έγγραφα των οποίων έλαβε γνώση σε σχέση με το αντικείμενο της εργασίας του.

6.3. Σε περίπτωση αθέτησης από τον συμβασιούχο της ως άνω υποχρέωσής του, το Νοσοκομείο δικαιούται να απαιτήσει: α) την αποκατάσταση κάθε ζημίας του, που ενδεχομένως προκύψει, συνεπεία της κοινοποίησεως εγγράφων – στοιχείων, σε τρίτους και β) την άμεση και στο διηνεκές παύση κοινοποίησης εγγράφων – στοιχείων, σε τρίτους, στο μέλλον.

6.4. Ο συμβασιούχος, με κανένα τρόπο, δεν δύναται να προβαίνει σε δημόσιες δηλώσεις, σχετιζόμενες με την εν γένει κατάσταση του Νοσοκομείου, χωρίς την προηγούμενη γραπτή άδεια της Διοίκησης του Νοσοκομείου. Η επεξεργασία, από τον συμβασιούχο, ευαίσθητων προσωπικών δεδομένων ασθενών, αλλά και όλων των εργαζομένων στο Νοσοκομείο, θα διέπεται από τις διατάξεις του Ν. 2472/1997 (ΦΕΚ Α 50/10-04-1997).

7. ΑΜΟΙΒΗ – ΠΛΗΡΩΜΕΣ – ΕΙΣΦΟΡΕΣ

7.1. Η αμοιβή του συμβασιούχου για την άσκηση και διεκπεραίωση των ως άνω καθηκόντων και υποχρεώσεων του καθορίζεται στο ποσό που προκύπτει από την προσφερόμενη τιμή στην αίτηση του και θα καταβάλλεται σε αυτόν ισόποσα μηνιαίως. Το ποσό αυτό δεν επιδέχεται οποιαδήποτε αναθεώρηση ή αναπροσαρμογή για οποιονδήποτε λόγο.

7.2. Στην ως άνω αμοιβή επίσης θα περιλαμβάνονται οι κάθε φύσης ασφαλιστικές εισφορές ελεύθερου επαγγελματία, οι οποίες βαρύνουν αποκλειστικά τον συμβασιούχο, καθώς και ο τυχόν Φ.Π.Α.

7.3. Σε κάθε πληρωμή παρακρατείται φόρος εισοδήματος, κατά τα προβλεπόμενα από τις διατάξεις του Κ.Φ.Δ.

7.4. Η μηνιαία αμοιβή θα κατατίθεται, εντός του πρώτου δεκαημέρου του επόμενου μήνα της παραχθείσας υπηρεσίας, σε τραπεζικό λογαριασμό του αναδόχου που θα υποδείξει ο ίδιος.

7.5. Απαραίτητη προϋπόθεση για κάθε πληρωμή/κατάθεση είναι η προσκόμιση νόμιμου παραστατικού (π.χ. τιμολογίου ή απόδειξης παροχής υπηρεσιών κ.ά.) και πιστοποιητικών σε ισχύ φορολογικής και ασφαλιστικής ενημερότητας, τουλάχιστον πέντε (5) εργάσιμες ημέρες πριν την ημερομηνία πληρωμής, συνοδευόμενων κάθε φορά από έγγραφη Βεβαίωση για την εκπλήρωση των καθηκόντων και υποχρεώσεων του για το σχετικό χρονικό διάστημα, με υπογραφή και σφραγίδα της Διευθύντριας της Διοικητικής Υπηρεσίας του Νοσοκομείου.

7.6. Για τα τιμολόγια που εκδίδονται κατά την εκτέλεση των δημοσίων συμβάσεων, ανεξαρτήτως αξίας αυτών, οι αναθέτουσες αρχές υποχρεούνται να παραλαμβάνουν και να επεξεργάζονται ηλεκτρονικά τιμολόγια που είναι σύμφωνα με το ευρωπαϊκό πρότυπο έκδοσης ηλεκτρονικών τιμολογίων, σύμφωνα με τις διατάξεις των άρθρων 148 έως και 153 του ν. 4601/2019 (Α' 44) και των, κατ' εξουσιοδότηση του άρθρου 154 του νόμου αυτού, κανονιστικών αποφάσεων.

Η παρούσα πρόσκληση εκδήλωσης ενδιαφέροντος θα αναρτηθεί στην ιστοσελίδα του Νοσοκομείου, στη ΔΙΑΥΓΕΙΑ και το Κ.Η.Μ.ΔΗ.Σ.

Οι ενδιαφερόμενοι θα πρέπει να καταθέσουν σφραγισμένο φάκελο με την προσφορά τους, στον οποίο θα πρέπει να αναγράφονται ευκρινώς ο τίτλος και ο α/α της πρόσκλησης εκδήλωσης ενδιαφέροντος, στο Γραφείο Προμηθειών του Νοσοκομείου έως την ώρα 09:00 π.μ. της 15^{ης} Μαΐου 2026 (ημέρα Παρασκευή).
Ημερομηνία αποσφράγισης των Φακέλων: η 15^η-05-2026, ώρα 11:00 π.μ. (ημέρα Παρασκευή).

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΟΥ Δ.Σ.

ΜΙΧΑΗΛ ΚΑΡΑΒΙΩΤΗΣ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α'

(ΑΙΤΗΣΗ – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

ΠΡΟΣ(1):							
Ο – Η Όνομα:				Επώνυμο:			
Όνομα και Επώνυμο Πατέρα:							
Όνομα και Επώνυμο Μητέρας:							
Ημερομηνία γέννησης(2):							
Τόπος Γέννησης:							
Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας:				Τηλ:			
Τόπος Κατοικίας:			Οδός			Αριθ:	TK:
Αρ. Τηλεομοιοτύπου (Fax):				Δ/ση Ηλεκτρ. Ταχυδρομείου (Email):			

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις (3), που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι μέχρι την ημέρα υποβολής – αποστολής της συμμετοχής μου:

- 1) Έλαβα γνώση και αποδέχομαι πλήρως και ανεπιφυλάκτως όλους τους όρους της υπ' αριθμ. Π.15/2026 πρόσκλησης του Γ.Ν.Θ. Παπαγεωργίου, με αρ. πρωτ.....
- 2) Όλα τα έγγραφα δικαιολογητικά προς απόδειξη των απαιτούμενων προσόντων, είναι ακριβή αντίγραφα των πρωτοτύπων τα οποία και θα επιδείξω εάν μου ζητηθεί από την Υπηρεσία.
- 3) Κατά την υπογραφή της σύμβασης θα καταθέσω όλα τα ζητούμενα δικαιολογητικά κατακύρωσης (αντίγραφο ποινικού μητρώου, φορολογική και ασφαλιστική ενημερότητα, αποδεικτικά έγγραφα νομιμοποίησης – έναρξη επιτηδεύματος).

Η αίτησή μου αφορά την ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΠΕ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΚΗΣ, σύμφωνα με τους όρους της Π.15/2026 πρόσκλησης, ήτοι ετήσια μικτή αμοιβή..... (ολογράφως:.....), στην οποία περιλαμβάνεται ΦΠΑ και ασφαλιστικές εισφορές ελεύθερου επαγγελματία.

Ημερομηνία:

Ο/Η Δηλ.....

(Υπογραφή)

- (1) Αναγράφεται από τον ενδιαφερόμενο πολίτη ή Αρχή ή η Υπηρεσία του δημόσιου τομέα, που απευθύνεται η αίτηση.
- (2) Αναγράφεται ολογράφως.
- (3) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.
- (4) Σε περίπτωση ανεπάρκειας χώρου η δήλωση συνεχίζεται στην πίσω όψη της και υπογράφεται από τον δηλούντα ή την δηλούσα.