

ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΛΙΜΕΝΟΣ ΠΑΤΡΩΝ  
ΑΝΩΝΥΜΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ (Ο.Λ.Π.Α. ΑΕ)  
Αρ. ΜΑΕ 49917/22/Β/01/34

Έδρα Πάτρα

Δ/ΝΣΗ ΔΙΟΙΚ/ΚΟΥ-ΟΙΚ/ΚΟΥ  
ΤΜ. ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟΥ  
Δ/ΝΣΗ: Κτ. Υπηρεσιών Ν. Λιμένα Πατρών  
Τ.Κ. 26333 Πάτρα  
Τ.Θ: 3167 (Τ.Κ. 26005 Πάτρα)  
Πληρ. Ιφιγένεια Νικολακάκη  
Τηλ.: 2610-365.133, fax: 2610-365.130  
E-mail: [secretary@patrasport.gr](mailto:secretary@patrasport.gr)

Πάτρα,

ΜΕ ΑΠΟΔΕΙΞΗ & ΗΛ/ΚΟ ΤΑΧ/ΜΕΙΟ  
24 / 12 / 2015

Αριθ. Πρωτ.: 9473

Αρ. Σχεδ: 3706

Αρ. Φακ.:

ΠΡΟΣ: ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΠΑΤΡΩΝ  
Βότση 42  
Τ.Κ. 26223, Πάτρα

Τηλ. 2610278866  
E-mail: [Info@ispatas.gr](mailto:Info@ispatas.gr)

ΘΕΜΑ: Πρόσκληση Εκδήλωσης Ενδιαφέροντος Ιατρού της Εργασίας

Σας αποστέλλουμε συνημμένα την με αρ. πρωτ. 9439/23-12-2015 Πρόσκληση Εκδήλωσης Ενδιαφέροντος (ΑΔΑ: 7ΚΟ9469ΗΕΝ-Λ7Ξ) για την πρόσληψη Ιατρού της Εργασίας στον Οργανισμό Λιμένος Πατρών Αν. Εταιρεία.  
Παρακαλούμε για την ενημέρωσή σας και για τις περαιτέρω ενέργειές σας.

ΣΥΝ.: Ως κείμενο

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ & Δ/ΝΩΝ ΣΥΜΒΟΥΛΟΣ

ΝΙΚΟΣ ΚΟΝΤΟΣ





## ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΛΙΜΕΝΟΣ ΠΑΤΡΩΝ Α.Ε.

ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΛΙΜΕΝΟΣ ΠΑΤΡΩΝ  
ΑΝΩΝΥΜΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ (Ο.Λ.Π.Α. Α.Ε.)

Αρ. ΜΑΕ 49917/22/Β/01/34

Έδρα Πάτρα

Δ/ΝΣΗ ΔΙΟΙΚ/ΚΟΥ-ΟΙΚ/ΚΟΥ

Δ/ΝΣΗ: Kt. Υπηρεσιών N. Λιμένα Πατρών

T.K. 26333 Πάτρα

Πληροφορίες: κ.Νικ.Πακουράκης

Τηλ.: 2610 365.132, fax: 2610-365.130

E-mail: dolpa@patrasport.gr

### ΑΝΑΡΤΗΤΕΟ ΣΤΟ ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ

Πάτρα 23/12/2015

Αρ. Πρωτ.: 9439

Αρ. Σχεδ.: 3692

Αρ. Φακ.:

### ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ

Ο Οργανισμός Λιμένος Πατρών Ανώνυμη Εταιρεία με δ.τ. «Ο.Λ.Π.Α. Α.Ε.» που εδρεύει στην Πάτρα (Νότιος Λιμένας Πατρών) με την υπ' αριθ. 129/2015 Απόφαση του Δ.Σ. του Ο.Λ.Π.Α. Α.Ε. ενέκρινε την διαδικασία δημοσίευσης πρόσκλησης εκδήλωσης ενδιαφέροντος για την πρόσληψη ιατρού εργασίας και προς τούτο προτίθεται να συνάψει Σύμβαση παροχής ανεξαρτήτων υπηρεσιών για ένα (1) έτος με ένα (1) ιατρό για παροχή υπηρεσιών Ιατρικής της Εργασίας για την εταιρεία.

Σύμφωνα με τις προϋποθέσεις που θέτει η κείμενη νομοθεσία, α/η υποψήφιοια πρέπει να:

1. Είναι ιατρός, μέλος του τοπικού – κατά προτεραιότητα - Ιατρικού Συλλόγου
  2. Κατέχει και ασκεί την ειδικότητα της Ιατρικής της Εργασίας, όπως πιστοποιείται από τον οικείο Ιατρικό Σύλλογο.
  3. Έχει (οι άνδρες) εκπληρώσει τις στρατιωτικές του υποχρεώσεις ή να έχει νόμιμα απαλλαγεί από αυτές.
- Κατ' εξαίρεση, και εφόσον δεν προσέλθουν υποψήφιοι που θα πληρούν τα ως άνω κριτήρια, καθήκοντα του ιατρού εργασίας, όπως αυτά προβλέπενται από το νόμο 3850/2010, έχουν δικαίωμα να ασκούν κατά προτεραιότητα:
- a) Οι ιατροί χωρίς ειδικότητα, οι οποίοι στις 15.5.2009 είχαν συμβάσεις παροχής υπηρεσιών ιατρού εργασίας με επιχειρήσεις και αποδεικνύουν την άσκηση των καθηκόντων αυτών συνεχώς επί επάλιου χρόνου.
  - b) Οι ιατροί οι οποίοι στις 15.5.2009 εκτελούσαν καθηκόντα ιατρού εργασίας χωρίς να κατέχουν ή να ασκούν τον τίτλο της ειδικότητας της ιατρικής της εργασίας, αλλά τίτλο άλλης ειδικότητας.
  - c) Οι ιατροί οποιασδήποτε ειδικότητας.

Το αντικείμενο της απασχόλησης του ιατρού Εργασίας θα είναι το οριζόμενο στις διαπάνες του Ν.3850/2010 και τις σχετικές κανονιστικές Αποφάσεις.

Ο ιατρός εργασίας παρέχει υποδείξεις και συμβουλές στον εργοδότη (Ο.Λ.Π.Α. Α.Ε.) και στους εργαζομένους είτε γραπτά είτε προφορικά, σχετικά με τα μέτρα που πρέπει να λαμβάνονται για τη σωματική και ψυχική υγεία των εργαζομένων. Επίσης μεριμνά και προτίθεται κάθε ενέργεια που εξασφαλίζει και αναβοθμίζει τις συνθήκες υγειεινής και ασφαλείας των εργαζομένων. Οι γραπτές υποδείξεις καταχωρώνται από τον ιατρό εργασίας σε ειδικό βιβλίο. Ο εργοδότης λαμβάνει γνώση ενυπογράφως των υποδείξεων που καταχωρώνται σ' αυτό το βιβλίο.

Ο ιατρός εργασίας επίσης προβαίνει σε ιατρικό έλεγχο των εργαζομένων σχετικό με τη θέση εργασίας τους, μετά την πρόσληψή τους ή την αλλαγή θέσης εργασίας, καθώς και σε περιοδικό ιατρικό έλεγχο κατά την κρίση του. Μεριμνά για τη διενέργεια ιατρικών εξετάσεων και μετρήσεων παραγόντων του εργαστικού περιβάλλοντος σε εφαρμογή των διατάξεων που ισχύουν κάθε φορά.

Έχει την δυνατότητα στα πλαίσια της ιδιότητάς του και για σκοπούς που συναρτώνται απαραίτητα με αυτήν, να συνταγογραφεί ομισθί εξετάσεις ή/και φάρμακα προς το προσωπικό του Οργανισμού, με τους περιορισμούς που θέτει η υπ' αριθμ. οικ.113385/31.12.2014 Υ.Α του Υπουργού Υγείας (ΦΕΚ 35Β/14.01.2015).

Ο ιατρός της Εργασίας υποχρεούται να παρέχει τις ανωτέρω υπηρεσίες του στους 37 εργαζομένους ( που απασχολούνται σήμερα στον Οργανισμό ), για τις οποίες υπηρεσίες, ως πραγματικός χρόνος απασχόλησης του, ορίζονται συνολικά οι 96 ώρες επησίως (σύμφωνα με το ΠΔ17/1996 αρ. 4 παρ. 3 «... ο ελάχιστος πραγματικός χρόνος επήσιας απασχόλησης... δεν μπορεί να είναι μικρότερος των: .... β) 50 ωρών επησίως για επιχειρήσεις, που απασχολούνται από 21-50 άτομα...», ή οκτώ (8) ανά μήνα).

[Το πρόγραμμα επισκέψεων του ιατρού της Εργασίας θα προσδιορίστει από κοινού σε συγκεκριμένη/ες ημέραι/μέρες και ώρες ανά μήνα και θα είναι σταθερό καθ' όλη τη διάρκεια της Σύμβασης.]

Έδρα απασχόλησης του ιατρού εργασίας ορίζεται η έδρα της εταιρείας.

Ο Ο.Λ.Π.Α. Α.Ε. για την αποτελεσματικότερη άσκηση των καθηκόντων του ιατρού Εργασίας θέτει στην διάθεσή του τον κατάλληλο χώρο εγκατάστασης κατά τις ώρες απασχόλησης του στην έδρα της επιχειρήσης ως και τα απαιτούμενα μέσα (συσκευές).

Ο ιατρός Εργασίας υπάγεται απευθείας στη Διοίκηση του Ο.Λ.Π.Α. Α.Ε. ( εν προκειμένω στον Πρόεδρο και Διευθύνοντα Σύμβουλο Ο.Λ.Π.Α.Α.Ε.).

Σε ενδεχόμενη περίπτωση που αποβεί άγονη η εν λόγω διαδικασία μεταξύ των εγγεγραμμένων μελών του Ιατρικού Συλλόγου του Νομού Αχαΐας, ο Ο.Δ.Π.Α. Α.Ε. δύναται ν' αποταθεί στα μέλη όλων Ιατρικών Συλλόγων – όπως ορίζει το άρ. 29 του Ν. 3996/2011 - εφόσον έχουν εκδηλώσει ενδιαφέρον για τη θέση, προκειμένου να παρέχουν τις υπόψη υπηρεσίες στο πλαίσιο της κείμενης νομοθεσίας.

Επίσης σε περίπτωση σύμβασης με Ιατρό όλης ειδικότητας ή άνευ ειδικότητας στο πλαίσιο των οριζόμενων στο Ν.3850/2010 (ΦΕΚ 84/Α/2010) και την Κ.Υ.Α. 112498/2009 (ΦΕΚ 1775 /Β/2009) και, αν κατά τη διάρκεια αυτής, Ιατρός με την ειδικότητα της Ιατρικής της Εργασίας εγγραφεί στον Ιατρικό Σύλλογο του Ν. Αχαΐας, ο Ο.Δ.Π.Α. Α.Ε. διατηρεί το δικαίωμα να καταγγείλει αξιούς την υπόψη σύμβαση, με την προϋπόθεση ότι η καταγγελία αυτή θα γίνει με προειδοποίηση 10 ημερών, κατ' εφαρμογή των διατάξεων της παραπόνων αναφερόμενης κείμενης νομοθεσίας.

Οι ενδιαφερόμενοι θα πρέπει να υποβάλλουν σχετική οικονομική προσφορά (ΥΠΟΔΕΙΓΜΑ 1), στην οποία θα αναγράφεται η προσφερόμενη τιμή για την μνησια αμοιβή τους. Η αμοιβή θα καταβάλλεται στο τέλος κάθε μήνα με την υποβολή δελτίου παροχής υπηρεσιών, σύμφωνα με το οριζόμενο στην προσφορά του, το δε πασά αυτής θα είναι καθαρό, μη επιδεκτικό αναπροσαρμογής καθ' όλη τη διάρκεια της σύμβασης.

Ο φάκελος προσφοράς, θα αποτελείται από δύο ξεχωριστούς φακέλους, ήτοι:

- α) το φάκελο με την αίτηση συνοδευόμενη με τα απαραίτητα δικαιολογητικά και
  - β) το φάκελο της οικονομικής προσφοράς (ο φάκελος που θα περιέχει την οικονομική προσφορά θα είναι απαραίτητη αφραγισμένος, δηλαδή κλεισμένος με τρόπο που δεν είναι δυνατόν να ανοιχθεί χωρίς να καταστεί τούτο αντιληπτό)
- Θα πρέπει να υποβληθεί ιδιοχείρως ή ν' αποσταλεί ταχυδρομικά επί αποδείξει από τους ενδιαφερόμενους στον Ο.Δ.Π.Α. Α.Ε. (Γρ. Πρωτοκόλλου, Κτήριο Υπηρεσιών Ν.Λιμένα Πατρών, Τ.Κ. 26333), το αργότερο δέκα (10) ημερολογιακές ημέρες από την ανάρτηση της παρούσας στην ιστοσελίδα του ΟΔΠΑ ΑΕ.

Κριτήριο επιλογής ορίζεται η χαμηλότερη προσφορά, μεταξύ εκείνων των προσφορών για τις οποίες πιστοποιείται η πληρότητα και ορθότητα των υποβληθέντων δικαιολογητικών συμμετοχής.

Η αξιολόγηση θα γίνει από τριμελή Επιτροπή που θα οριστεί από τον Ο.Δ.Π.Α. Α.Ε. για το σκοπό αυτό, και η οποία θα καταρτίσει σχετικό Πρακτικό για κάθε επί μέρους στάδιο της αξιολόγησης, ήτοι αυτά του ελέγχου των δικαιολογητικών, και του ανοίγματος των οικονομικών προσφορών.

#### Απαραίτητα δικαιολογητικά που θα υποβληθούν:

Επισημαίνεται ότι όλα τα δικαιολογητικά πρέπει να είναι πρωτότυπα ή επικυρωμένα φωτοαντίγραφά τους.

1. Αίτηση εκδήλωσης ενδιαφέροντος ( Υπόδειγμα 2 )
2. Φωτοαντίγραφο ασυνομικής ταυτότητας
3. Βεβαίωση εγγραφής στον οικείο Ιατρικό Σύλλογο
4. Πιστοποιητικό του Ιατρικού Συλλόγου ότι ο υποψήφιος κατέχει και ασκεί την ειδικότητα της Ιατρικής της εργασίας και δεν έχει τημωρηθεί πειθαρχικά
5. Γνωστοποίηση των επιχειρήσεων όπου ο υποψήφιος ασκεί καθήκοντα Ιατρού Εργασίας, καθώς και τα λοιπά στοιχεία που προβλέπονται στο Ν.3850/2010 (αρ. 9 παρ. 4) και στο Ν.3996/2011 (αρ. 29 παρ. 3), προκειμένου να υποβληθεί στην Επιθεώρηση Εργασίας
6. Εφόσον ο υποψήφιος εμπίπτει στους και' εξαρίεση δικαιούμενους να ασκούν καθήκοντα Ιατρού Εργασίας ( παρ. 2 , Άρθρο 16 του ν.3850/2010 ), προσκομίζονται βεβαίωσεις ανάληψης καθηκόντων Ιατρού Εργασίας, που να έχουν κατατεθεί σε οποιοδήποτε Υπηρεσία του Σ.Ε.Π.Ε. (Σώμα Επιθεώρησης Εργασίας) σύμφωνα με τα προβλεπόμενα στο Ν.3850/2010 (αρ. 16, παρ. 2).
7. Εφόσον ο υποψήφιος έχει Σύμβαση ή άλλη σχέση εργασίας με οποιονδήποτε Ασφαλιστικό Φορέα, έγγραφη άδεια της Διοικησης του ασφαλιστικού φορέα για την άσκηση καθηκόντων Ιατρού Εργασίας στον ΟΔΠΑ ΑΕ

Για καλύτερη διαμόρφωση άποψης των συνθηκών εργασίας των εργαζομένων του Ο.Δ.Π.Α. Α.Ε. οι ενδιαφερόμενοι μπορούν να επισκεφθούν, πριν τη λήξη προθεσμίας υποβολής ενδιαφέροντος, τις εγκαταστάσεις του Ο.Δ.Π.Α. Α.Ε.

ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΣΥΝΔΕΣ ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ  
24/12/2015  
συντάχθηκε στον ίδιο ημερομηνία

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ & Δ/ΝΩΝ ΣΥΜΒΟΥΛΟΣ

ΝΙΚΟΣ ΚΟΝΤΟΣ

ΝΙΚΟΛΑΚΑΚΗ ΤΡΙΦΕΝΕΙΑ  
ΕΠΙΟΙΚΟΝ ΕΡΑΣΜΑΤΕΟΝ

(ΥΠΟΔΕΙΓΜΑ 1)

**ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΠΡΟΣΦΟΡΑ**  
για τη σύναψη σύμβασης παροχής ανεξαρτήτων υπηρεσιών Ιατρού Εργασίας  
σύμφωνα με την με αρ. πρωτ. ....  
πρόσκληση εκδήλωσης ενδιαφέροντος του Ο.Λ.Π.Α. Α.Ε.

**Α. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΥΠΟΨΗΦΙΟΥ (συμπληρώστε με κεφαλαία γράμματα)**

Επώνυμο:

Όνομα: Όν. Πατρός:

Ημ/νια Γέννησης:

Α.Δ.Τ.:

Τόπος Κατοικίας (πόλη, δήμος-κοινότητα):

Οδός: Αριθμός: Τ.Κ.:

Τηλ.: Κινητό:

E-mail:

Η οικονομική μου προσφορά ανέρχεται στα ..... Ευρώ (αριθμητικώς και ολογράφως) μηνιαίως  
μη συμπεριλαμβανομένου Φ.Π.Α.

Σημείωση (επί της ανωτέρω οικονομικής προσφοράς): .....

Ημερομηνία:

ΟΗ υποψήφιο ....

(υπογραφή / σφραγίδα)



## ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΛΙΜΕΝΟΣ ΠΑΤΡΩΝ Α.Ε.

(ΥΠΟΔΕΙΓΜΑ 2)

### ΑΙΤΗΣΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ για σύμβαση παροχής ανεξαρτήτων υπηρεσιών Ιατρού Εργασίας

#### A. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΥΠΟΨΗΦΙΟΥ (συμπληρώστε με κεφαλαία γράμματα)

Επώνυμο:

Όνομα: Όν. Πατρός;

Ημ/νια Γέννησης:

Α.Δ.Τ.:

Τόπος Κατοικίας (πόλη, δήμος-κοινότητα):

Οδός: Αριθμός Τ.Κ.:

Τηλ.: Κινητό:

E-mail:

#### B. ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΣΥΝΗΜΜΕΝΩΝ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΩΝ

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.
- 6.
- 7.

Υποβάλλω συνημμένα όλα τα απαιτούμενα έντυπα και δικαιολογητικά που αναφέρονται στην Πρόσκληση Εκδήλωσης Ενδιαφέροντος του Ο.Λ.Π.Α. Α.Ε.

Ημερομηνία: Ο/Η υποψήφιος ....

(υπογραφή / σφραγίδα)