



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΤΟΥ ΠΟΛΙΤΗ
ΣΩΦΡΟΝΙΣΤΙΚΟ ΚΑΤΑΣΤΗΜΑ ΔΡΑΜΑΣ

Νικηφόρος, 19-03-2026
Αριθμ. Πρωτ.: 7939

Ταχ. Δ/ση : Νικηφόρος Δράμας
Ταχ. Κωδ. : 66037 - Δράμα
Πληροφορίες : Καλπακτσίδου Ναζλίου
Τηλέφωνο : 2521 440 336
Email : skkdramas.ot@gmail.com

Προς:
1. Ένωση Νοσηλευτών Ελλάδος
Βας.Σοφίας 47, Αθήνα, ΤΚ.10676, info@enne.gr
2. Τους ενδιαφερόμενους νοσηλευτές/τριες

ΘΕΜΑ: ΕΠΑΝΑΛΗΠΤΙΚΗ ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ για την σύναψη σύμβασης πέντε (5) κατ' επίσκεψη ιδιωτών νοσηλευτών για τους μήνες Απρίλιο έως και Ιούνιο του έτους 2026 του Σ.Κ. Δράμας.

Το Σωφρονιστικό Κατάστημα Δράμας, επαναλαμβάνοντας τη σχετική διαδικασία, προσκαλεί τους ενδιαφερόμενους **ιδιώτες νοσηλευτές/τριες** του κλάδου **ΠΕ ή ΤΕ** να υποβάλλουν στην Υπηρεσία μας αίτηση εκδήλωσης ενδιαφέροντος, για την πλήρωση **πέντε (5) θέσεων κατ' επίσκεψη ιδιωτών νοσηλευτών/τριών**, προκειμένου να προσφέρουν τις υπηρεσίες τους, για την υγειονομική περίθαλψη των κρατουμένων του Καταστήματος, για το χρονικό διάστημα από την υπογραφή της σύμβασης έως το τέλος του Ιουνίου του έτους 2026 (**Α' Εξαμήνου του έτους 2026**), σύμφωνα με την υπ' αριθμ. **32897-1/31-12-2025(ΑΔΑ:ΡΒΜΕ46ΜΤΛΒ-4ΥΑ)** Απόφαση δέσμευσης πίστωσης της Γ.Γ.Α.Π του Υπ.Προστασίας του Πολίτη (**ΑΛΕ 2420989001**).

Οι ενδιαφερόμενοι θα πρέπει να υποβάλλουν την αίτηση τους (επισυνάπτεται) μαζί με τα απαραίτητα δικαιολογητικά στην υπηρεσία μας, έως την **Τρίτη 31 Μαρτίου 2026 και ώρα 10:00π.μ.**

Η αμοιβή του καθενός κατ' επίσκεψη νοσηλευτή δεν θα υπερβαίνει σε καμία περίπτωση το ποσό των τετρακοσίων ενενήντα δύο ευρώ και ογδόντα λεπτών (**492,80€**) μικτά μηνιαίως ή εκατόν είκοσι τριών ευρώ και είκοσι λεπτών (**123,20€**) μικτά ανά επίσκεψη, όπως ορίζεται με την υπ' αριθμ. ΚΥΑ 15469/20-06-2025(ΦΕΚ Β'3145). **Οι ενδιαφερόμενοι για την υπηρεσία που θα παρέχουν, θα εκδίδουν Τιμολόγιο Παροχής Υπηρεσιών.**

Η αμοιβή θα καταβάλλεται μόνον όταν αυτή καλύπτεται από τις επισκέψεις των ασθενών κρατουμένων που θα πραγματοποιεί ο/η νοσηλευτής/τρια στο ιατρείο του Καταστήματος στη διάρκεια του μήνα. Κάθε επίσκεψη ορίζεται σε οκτώ (8) ώρες παρεχόμενης υπηρεσίας, με ελάχιστο αριθμό τεσσάρων (4) επισκέψεων το μήνα, συνολικό αριθμό τριάντα δύο (32) ωρών απασχόλησης μηνιαίως και με αμοιβή, σύμφωνα με την προηγούμενη παράγραφο.

Για λόγους προστασίας της υγείας των κρατουμένων, ο Προϊστάμενος της Διεύθυνσης του Σ.Κ. Δράμας, κατά την κατάρτιση της σχετικής σύμβασης, δύναται να επανακαθορίζει τον αριθμό των επισκέψεων και τη διάρκεια των ωρών κάθε επίσκεψης, σύμφωνα με τις ανάγκες του

Σωφρονιστικού Καταστήματος, υπό την προϋπόθεση συμπλήρωσης του συνόλου των μηνιαίων ωρών απασχόλησης της προηγούμενης παραγράφου.

Η καταβολή του ποσού θα γίνεται μετά την έκδοση του σχετικού παραστατικού και την διαβίβαση όλων των δικαιολογητικών από την υπηρεσία μας στο αρμόδιο Τμήμα εκκαθάρισης του Υπουργείου. Η αμοιβή υπόκειται σε παρακράτηση φόρου εισοδήματος σύμφωνα με την κείμενη νομοθεσία.

Επισημαίνεται ότι ο ανάδοχος υποχρεούται στην υποβολή ηλεκτρονικών τιμολογίων, σύμφωνα με την Κ.Υ.Α υπ' αριθ. 52445 ΕΞ 2023/4-4-2023 ΦΕΚ Β' 2385 και την Εγκύκλιο Υπ. Οικ.78366 ΕΞ 2023/19-5-2023(ΑΔΑ: 6ΑΒΡΗ-Ι08). Παροχή διευκρινίσεων για την ορθή εφαρμογή των διατάξεων δίδονται στην υπ' αριθ. 177326 ΕΞ 2024/27-11-2024 (ΑΔΑ: ΨΛΦΓΗ-5ΙΡ) εγκύκλιο του Γ.Λ.Κ..

Τα απαιτούμενα δικαιολογητικά που θα πρέπει να υποβάλουν οι ενδιαφερόμενοι, είναι τα ακόλουθα:

1. **Αίτηση**, στην οποία να δηλώνουν ότι επιθυμούν να προσφέρουν τις υπηρεσίες τους, για τις ανάγκες των κρατουμένων του Καταστήματος, χρονικής περιόδου Α' Εξαμήνου του έτους 2026.
2. **Πτυχίο του τίτλου σπουδών Νοσηλευτικής, (Α.Ε.Ι. ή Τ.Ε.Ι.)** και σε περίπτωση απόκτησης τίτλου σπουδών από πανεπιστήμιο του εξωτερικού, επίσημη μετάφραση αυτού στην Ελληνική Γλώσσα, καθώς και βεβαίωση (όπου απαιτείται) του ΔΟΑΤΑΠ (Πρώην ΔΙΚΑΤΣΑ) από την οποία να προκύπτει η αναγνώρισή του ως ισότιμου και αντίστοιχου με αυτά των Ελληνικών.
3. **Άδεια ασκήσεως** του Νοσηλευτικού επαγγέλματος .
4. **Βεβαίωση έναρξης επιτηδεύματος από την ΑΑΔΕ.** Εκτύπωση της καρτέλας «Στοιχεία Μητρώου Επιχείρησης» από την ηλεκτρονική πλατφόρμα της ΑΑΔΕ, όπως αυτή εμφανίζεται στο taxisnet, από την οποία να φαίνεται η έναρξη δραστηριότητας και ο Κωδικός Αριθμός Δραστηριότητας (ΚΑΔ).
5. **Υπεύθυνη δήλωση** ότι δεν εργάζονται στο Ε.Σ.Υ.
6. **Φορολογική και ασφαλιστική ενημερότητα** που θα πρέπει να είναι σε ισχύ κατά το χρόνο υποβολής της.
7. **Απόσπασμα ποινικού μητρώου** που να έχει εκδοθεί έως τρεις μήνες πριν από την υποβολή του.
8. **Ταυτότητα μέλους της Ένωσης Νοσηλευτών/τριών Ελλάδας (Ε.Ν.Ε.),** η οποία να είναι σε ισχύ ή βεβαίωση εγγραφής ή βεβαίωση ανανέωσης εγγραφής, σύμφωνα με τα οριζόμενα στο άρθρο 4 παρ.5 Ν.3252/2024 (Για τους Νοσηλευτές των κατηγοριών ΠΕ ή ΤΕ).
9. **Φωτοαντίγραφο Δελτίου Αστυνομικής Ταυτότητας.**
10. **Νομιμοποιητικό έγγραφο τραπεζής με το IBAN** ατομικού λογαριασμού (απλή φωτοτυπία της πρώτης σελίδας του βιβλιαρίου της Τράπεζας ή βεβαίωση της Τράπεζας όταν δεν εκδίδεται βιβλιάριο) και Υπεύθυνη Δήλωση με το IBAN στο οποίο θα γίνει η πληρωμή.
11. **Οποιοδήποτε άλλο δικαιολογητικό τους ζητηθεί από την αναθέτουσα αρχή.**

Σε περίπτωση που οι συμμετέχοντες είναι περισσότεροι από το προβλεπόμενο όριο της εγκεκριμένης δαπάνης, θα πραγματοποιηθεί κλήρωση. Εάν κάποιος δεν προσκομίσει τα ανωτέρω δικαιολογητικά, δεν προσέλθει να υπογράψει την σύμβαση, μέσα στις προθεσμίες που ορίζονται στη σχετική επαναληπτική πρόσκληση, η ανάθεση θα γίνει στον επόμενο ενδιαφερόμενο που θα προκύψει από την κλήρωση.

Περιπτώσεις που δεν ρυθμίζονται από τους όρους της παρούσας πρόσκλησης, θα διέπονται από τις διατάξεις του ν.4412/2016 όπως ισχύει.

Η υποβολή αίτησης εκδήλωσης ενδιαφέροντος αποτελεί τεκμήριο πλήρους και ανεπιφύλακτης αποδοχής των όρων της παρούσης.



Με εντολή Υφυπουργού
Προϊστάμενος Διεύθυνσης

ΣΤΑΜΠΟΥΛΗΣ ΑΝΤΩΝΙΟΣ

ΑΙΤΗΣΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ

ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ ΣΥΝΑΨΗΣ ΣΥΜΒΑΣΗΣ ΩΣ ΙΔΙΩΤΗΣ ΚΑΤ' ΕΠΙΣΚΕΨΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ

ΠΡΟΣ ΤΟ ΣΩΦΡΟΝΙΣΤΙΚΟ ΚΑΤΑΣΤΗΜΑ ΔΡΑΜΑΣ

Προσωπικά Στοιχεία

Επώνυμο:

Όνομα:

Όνομα Πατρός:

Α.Δ.Τ.:

Ημερομηνία Γέννησης:

Υπηκοότητα:

Διεύθυνση Κατοικίας:

Τηλέφωνο:

Κινητό Τηλέφωνο:

E-mail:

Με την παρούσα αιτούμαι, όπως κληθώ ως κατ' επίσκεψη Νοσηλεύτης/τρια για να προσφέρω τις υπηρεσίες μου για τις ανάγκες των κρατουμένων του Σωφρονιστικού Καταστήματος Δράμας για το Α' Εξάμηνο του έτους 2026 (Χρονική περίοδος Απρίλιος έως Ιούνιος 2026).

Επισυνάπτω τα ακόλουθα δικαιολογητικά:

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.
- 6.
- 7.
- 8.
- 9.
- 10.
- 11.

Ημερομηνία
Ο/Η Αιτών/ούσα