



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ  
1η Υ. ΠΕ. ΑΤΤΙΚΗΣ  
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ  
ΠΑΙΔΩΝ ΠΕΝΤΕΛΗΣ  
ΤΜΗΜΑ ΔΙΑΧ/ΣΗΣ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ  
ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ: ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ ΕΥΣΤ.  
ΤΗΛ:2132052516,257  
Email:prosopikou@paidon-pentelis.gr

Ημερομηνία :29.05.2026

Αρ. Πρωτ. :6758

**Θ Ε Μ Α «ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ ΓΙΑ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΕΝΑΝ/ΜΙΑ (1) ΙΔΙΩΤΗ ΙΑΤΡΟ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑΣ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗΣ ΜΕ ΓΝΩΣΤΙΚΟ ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΟ ΚΑΙ ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΣΤΗΝ ΠΑΙΔΟΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΜΕ ΚΑΘΕΣΤΩΣ ΕΚΔΟΣΗΣ, ΕΚ ΜΕΡΟΥΣ ΤΟΥ/ΤΗΣ, ΔΕΛΤΙΟΥ ΑΠΟΔΕΙΞΗΣ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΓΙΑ ΠΛΗΡΗ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗ»**

**Η ΚΟΙΝΗ ΔΙΟΙΚΗΤΡΙΑ ΤΟΥ Γ.Ν.Α «ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ-ΑΜΑΛΙΑ ΦΛΕΜΙΓΚ & ΤΟΥ ΔΙΑΣΥΝΔΕΟΜΕΝΟΥ Γ.Ν.ΠΑΙΔΩΝ ΠΕΝΤΕΛΗΣ**

Έχοντας υπόψη:

1. Τις διατάξεις του άρθ.7 του ν.3329/2005 (ΦΕΚ Α'81) όπως ισχύουν.
2. Την υπ' αριθμ. Γ4β/Γ.Π. οικ.:15892/04.04.2025 Υπουργική Απόφαση (ΦΕΚ 368/07.04.2025 τ. Υ.Ο.Δ.Δ., ΑΔΑ:6ΘΗΚ465ΦΥΟ-ΓΞΝ) περί Διορισμού Κοινής Διοικήτριας στο Γ.Ν. Αττικής «Σισμανόγλειο- Αμαλία Φλέμιγκ» και του διασυνδεδόμενου σε αυτό Γ.Ν. Παίδων Πεντέλης
3. Τις διατάξεις της παρ.1 του άρθ.41 του ν.4058/2012 όπως αυτές τροποποιήθηκαν και ισχύουν με τις διατάξεις του άρθ.39 του ν.5111/2024 (ΦΕΚΑ'76), σύμφωνα με τις οποίες: «1. Τα νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ., το Ν.Ι.Μ.Τ.Σ., ο Ε.Ο.Δ.Υ., ο Ο.ΚΑ.ΝΑ., το Κ.Ε.Θ.Ε.Α., η Α.Ε.Μ.Υ. Α.Ε., το Ε.ΚΕ.Ψ.Υ.Ε., η Ε.Κ.Α.Π.Τ.Υ. Α.Ε. ο Ε.Ο.Φ., η Ι.Φ.Ε.Τ. ΜΑΕ, το Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας (Ε.Κ.Α.Β.), το «Εθνικό Κέντρο Αιμοδοσίας» και ο Ε.Ο.Π.Υ.Υ., με απόφαση του Διοικητικού Συμβουλίου τους, και τα στρατιωτικά νοσοκομεία, με απόφαση του Διοικητή τους, καθώς και τα Κέντρα Υγείας νησιωτικών, ορεινών και απομακρυσμένων περιοχών ή των περιοχών όπου έχουν εξαντληθεί οι υποψήφιοι επικουρικοί ιατροί από τους αντίστοιχους ηλεκτρονικούς καταλόγους των Υ.ΠΕ., με απόφαση του Διοικητή της αρμόδιας Υ.ΠΕ., δύνανται για την κάλυψη των αναγκών τους σε προσωπικό και για την προσήκουσα λειτουργία τους, εφόσον δεν επαρκεί το προσωπικό τους, να συνεργάζονται με ιατρούς κάθε ειδικότητας(...) με καθεστώς έκδοσης από αυτούς δελτίου απόδειξης παροχής υπηρεσιών για τις παρεχόμενες υπηρεσίες τους. Η συνεργασία με τους ανωτέρω πραγματοποιείται κατά παρέκκλιση του άρθρου 6 του ν. 2527/1997 (Α' 206), καθώς και της περ. α' της παρ. 20 του ένατου άρθρου του ν. 4057/2012 (Α' 54), μετά από πλήρως αιτιολογημένη έκθεση του φορέα και απόφαση του Υπουργού Υγείας ή του Υπουργού Εθνικής Άμυνας, αντίστοιχα.»
4. Το απόσπασμα πρακτικών της 6<sup>ης</sup> /30.12.2025 θ.16 (ΑΔΑ ΨΑΑΤ4690Ω5-ΥΞΣ) Τακτικής Συνεδρίασης του Διοικητικού Συμβουλίου των Διασυνδεδόμενων Νοσοκομείων Γ.Ν.Α «Σισμανόγλειο- Αμαλία Φλέμιγκ» και Γ.Ν. Παίδων Πεντέλης με το οποίο εγκρίθηκε η πρόσληψη ενός (1) ιδιώτη ιατρού ειδικότητας Παιδιατρικής με γνωστικό αντικείμενο και κλινική εμπειρία στην Παιδοαιματολογία
5. Το με αρ.πρωτ.:3080/12.03.2026 έγγραφο του φορέα μας προς την Διοίκηση της 1<sup>ης</sup> Υ.ΠΕ. Αττικής με θέμα: «Έγκριση πρόσληψης ενός (1) ιδιώτη ιατρού ειδικότητας Παιδιατρικής με γνωστικό αντικείμενο και

κλινική εμπειρία στην Παιδοαιματολογία» με συνημμένη την με αρ.πρωτ.:3079/12.03.2026 σχετική Βεβαίωση Δέσμευσης Πίστωσης.

6. Το με αρ.πρωτ.:14111/24.03.2026 έγγραφο της Διοίκησης της 1<sup>ης</sup> Υ.ΠΕ. Αττικής προς το Υπουργείο Υγείας με θέμα: « Σχετικά με πρόσληψη ενός (1) ιδιώτη ιατρού ειδικότητας Παιδιατρικής με γνωστικό αντικείμενο και κλινική εμπειρία στην Παιδοαιματολογία με καθεστώς έκδοσης δελτίου απόδειξης παροχής υπηρεσιών για το Γ.Ν.Παίδων Πεντέλης».

7. Την αριθμ. πρωτ Γ4β/14404/11.05.2026 εγκριτική Απόφαση του κ. Υφυπουργού υγείας με θέμα έγκριση συνεργασίας του Γ.Ν.Παίδων Πεντέλης με έναν (1) ιδιώτη ιατρού ειδικότητας Παιδιατρικής με καθεστώς έκδοσης δελτίου απόδειξης παροχής υπηρεσιών.

8. Το με αριθμ. πρωτ.6098/19.05.2026 έγγραφο της Επιστημονικά και Διοικητικά Προϊσταμένης Παιδιατρικού Τμήματος με την σύμφωνη γνώμη της Διεύθυνσης της Ιατρικής Υπηρεσίας του φορέα μας.

9. Το γεγονός ότι στους από 15.12.2025 καταλόγους των επικουρικών ιατρών της 1<sup>ης</sup> ΥΠΕ δεν είχε υποβληθεί αίτημα Επικουρικού Ιατρού ειδικότητας Παιδιατρικής με γνωστικό αντικείμενο και κλινική εμπειρία στην Παιδοαιματολογία

10.Τις επείγουσες και επιτακτικές ανάγκες ενίσχυσης της Παιδιατρικής κλινικής του φορέα μας

### ΚΑΛΕΙ

Τους/τις ενδιαφερόμενους/ες ιατρούς ειδικότητας **Παιδιατρικής με γνωστικό αντικείμενο και κλινική εμπειρία στην Παιδοαιματολογία**, σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθ.39 του ν.5111/2024 σε συνεργασία με το Γενικό Νοσοκομείο Παίδων Πεντέλης **για την σύναψη σύμβασης, με καθεστώς έκδοσης από αυτούς/ες δελτίου παροχής υπηρεσιών, για πλήρη απασχόληση σε πρωινό ωράριο και πραγματοποίηση έως και τριών (3) εφημεριών το μήνα στην Παιδιατρική κλινική, για χρονικό διάστημα ενός (1) έτους, με μηνιαίες αποδοχές, κατά την κείμενη νομοθεσία, πρωτοδιοριζόμενου/ης ιατρού κλάδου Ε.Σ.Υ. με βαθμό Επιμελητή/ήτριας Β΄, προκειμένου για την κάλυψη των αναγκών και την απρόσκοπτη και εύρυθμη λειτουργία της Παιδιατρικής κλινικής**

Θα ληφθούν υπόψη τα κάτωθι ειδικά προσόντα:

Γνώση και κλινική εμπειρία σε αιματολογικά νοσήματα της βρεφικής και παιδικής ηλικίας όπως:

- **Αναιμίες (κληρονομικές και επίκτητες)**
- **Διαταραχές λευκών αιμοσφαιρίων (ουδετεροπενίες-λεμφοπενίες)**
- **Ποιοτικές και ποσοτικές διαταραχές αιμοπεταλίων**
- **Διαταραχές της ανοσίας**
- **Αιματολογικά προβλήματα που απαιτούν επείγουσα αντιμετώπιση**

#### **A. Οι υποψήφιοι/ες απαιτείται:**

- Να έχουν την Ελληνική Ιθαγένεια πλην όσων προέρχονται από Κράτη Μέλη της Ε.Ε..
- Να έχουν την υγεία και φυσική καταλληλότητα που απαιτείται για την εκτέλεση των καθηκόντων της θέσης που επιλέγουν [με την πρόσληψη και υπογραφή της σύμβασης ο/η ιατρός οφείλει να προσκομίσει τα οριζόμενα στις διατάξεις του.αρθ.7 του ν.4210/2013 για την σχετική πιστοποίηση υγείας].
- Να μην έχουν καταδικαστεί για αδικήματα ασυμβίβαστα με την δημοσιοϋπαλληλική ιδιότητα.
- Οι άνδρες να έχουν εκπληρώσει τις στρατιωτικές τους υποχρεώσεις ή να έχουν νόμιμη απαλλαγή.
- Να εγγραφούν στην Δ.Ο.Υ. ως επιτηδευματίες, έπειτα από την σύναψη σύμβασης συνεργασίας.
- Να κατέχουν τους απαιτούμενους τίτλους σπουδών.

#### **B. Απαραίτητα Δικαιολογητικά**

Τα δικαιολογητικά που απαιτούνται και θα κατατεθούν με την αίτηση υποψηφιότητας είναι τα εξής:

**B.1 Αίτηση – Δήλωση** (υπόδειγμα της αίτησης – δήλωσης ακολουθεί στο Παράρτημα Ι) η οποία συμπληρώνεται με ακρίβεια και σε όλα τα στοιχεία που περιλαμβάνει.

**B.2 Υπεύθυνη Δήλωση του ν.1599/1986**, από την πλατφόρμα gov.gr ή από το ΚΕΠ με γνήσιο της υπογραφής, στην οποία θα αναφέρουν ότι δεν έχουν καταδικαστεί για αδικήματα ασυμβίβαστα με την δημοσιοϋπαλληλική ιδιότητα.

**B.3 Αντίγραφο Δελτίου Αστυνομικής Ταυτότητας.**

**B.4 Πιστοποιητικό Οικογενειακής Κατάστασης.**

**B.5 Αντίγραφο Πτυχίου.** Σε περίπτωση πτυχίου Πανεπιστημίου της αλλοδαπής απαιτείται το πτυχίο με τη σφραγίδα της Χάγης, η επίσημη μετάφρασή του και η απόφαση ισοτιμίας του ΔΟΑΤΑΠ. Όλα τα ξενόγλωσσα πτυχία και πιστοποιητικά θα πρέπει απαραίτητως να έχουν μεταφραστεί επίσημα στην ελληνική γλώσσα από τις αρμόδιες προς τούτο αρχές της ημεδαπής. Στα απλά φωτοαντίγραφα των ξενόγλωσσων πτυχίων και πιστοποιητικών θα πρέπει να φαίνεται και η σφραγίδα της Χάγης (APOSTILLE) που έχει τεθεί στο πρωτότυπο πτυχίο ή πιστοποιητικό. Σε κάθε περίπτωση και σύμφωνα με τα οριζόμενα στις με αρ.πρωτ.:ΔΙΣΚΠΟ/Φ.15/οικ.8342/01.04.2014 (ΑΔΑ:ΒΙΗΟΧ-6ΥΖ) και ΔΙΑΔΠ/ΦΑ.2.3/21119/01.09.2014 (ΑΔΑ:ΒΜ3ΛΧ-ΥΝ9) εγκυκλίου του Υπουργείου Εσωτερικών και Διοικητικής Ανασυγκρότησης, γίνονται υποχρεωτικά αποδεκτά ευκρινή φωτοαντίγραφα ξενόγλωσσων πτυχίων και πιστοποιητικών, υπό την προϋπόθεση ότι τα έγγραφα αυτά έχουν επικυρωθεί πρωτίστως από δικηγόρο.

**B.6 Αντίγραφο Απόφασης Άδειας Άσκησης Ιατρικού Επαγγέλματος στην Ελλάδα.**

**B.7 Αντίγραφο Απόφαση Χορήγησης Άδειας Χρήσης Τίτλου Ιατρικής Ειδικότητας στην Ελλάδα.**

**B.8 Πρόσφατη Βεβαίωση Εγγραφής στον Ιατρικό Σύλλογο Αθήνας,** στην οποία να βεβαιώνεται ο συνολικός χρόνος άσκησης του Ιατρικού Επαγγέλματος, η ασκούμενη ειδικότητα και ο συνολικός χρόνος άσκησης της.

**B.9 Φορολογική Ενημερότητα.**

**B.10 Ασφαλιστική Ενημερότητα.**

**B.11 Βιογραφικό Σημείωμα** με αναφορά στην προϋπηρεσία και στο επιστημονικό έργο (περιληπτική αναφορά).

**B12. Υπεύθυνη Δήλωση του ν.1599/1986,** από την πλατφόρμα gov.gr ή από το ΚΕΠ με γνώση της υπογραφής, στην οποία θα αναφέρουν ότι δεν λαμβάνουν επίδομα Δ.Υ.Π.Α. και δεν κατέχουν έμμισθη θέση στο Ελληνικό Δημόσιο.

**B13. Για τους άνδρες:** Πιστοποιητικό Στρατολογικής Κατάστασης Τύπου Α' ή Βεβαίωση οριστικής απόλυσης από τις τάξεις του ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ στρατού. Όπου στον τύπο Α' προκύπτει αναβολή στράτευσης, αυτή πρέπει να υπερβαίνει το έτος από την ημερομηνία λήξης της παρούσας πρόσκλησης.

#### **Γ. Απασχόληση – Αποζημίωση**

Ο/Η ιατρός θα παρέχει τις υπηρεσίες του/ης σε πλήρες τακτικό και καθημερινό πρωινό ωράριο και θα συμμετέχει στο πρόγραμμα εφημέρευσης της παιδιατρικής κλινικής (εως τρεις (3) εφημερίες το μήνα) για χρονικό διάστημα ενός (1) έτους.

Η αποζημίωση του/της ιατρού θα είναι ίση με τις μηνιαίες αποδοχές, κατά την κείμενη νομοθεσία, πρωτοδιόριστου ιατρού κλάδου Ε.Σ.Υ. με τον βαθμό του/της Επιμελητή/ήτριας Β'.

#### **Δ. Υποβολή Αιτήσεων Συμμετοχής**

Οι ενδιαφερόμενοι/ες καλούνται να υποβάλλουν την αίτησή τους (που υπέχει και θέση Υπεύθυνης Δήλωσης) με τα απαιτούμενα δικαιολογητικά αυτοπροσώπως είτε με άλλο εξουσιοδοτημένο από αυτούς πρόσωπο ή ηλεκτρονικά (σε μορφή αρχείου pdf) στην ηλεκτρονική διεύθυνση: [paidon@paidon-pentelis.gr](mailto:paidon@paidon-pentelis.gr) με θέμα «Για την Πρόσκληση Εκδήλωσης Ενδιαφέροντος για συνεργασία με ιδιώτη ιατρό ειδικότητας Παιδιατρικής με γνωστικό αντικείμενο και κλινική εμπειρία στην Παιδοαιματολογία»

Η χρονική περίοδος υποβολής των αιτήσεων ορίζεται σε πέντε (5) εργάσιμες ημέρες και αρχίζει την 02<sup>η</sup> .06.2026 έως 08<sup>η</sup> .06.2026

Αιτήσεις που θα υποβληθούν πριν ή μετά το ανωτέρω χρονικό διάστημα δεν θα ληφθούν υπόψη.

Υποβληθείσα αίτηση η οποία δεν πληροί τις προϋποθέσεις υποβολής και όλα τα απαιτούμενα για τη θέση δικαιολογητικά και προσόντα δεν βαθμολογείται και απορρίπτεται.

#### **Ε. Επιλογή**

Η καταλληλότητα των υποψηφίων και η τελική επιλογή θα γίνει από τριμελή επιτροπή την οποία θα ορίσει η Διοίκηση του Γ.Ν.Παιδων Πεντέλης.

#### **ΣΤ. Πληροφορίες**

Οι ενδιαφερόμενοι/ες για οποιαδήποτε πληροφορία μπορούν να απευθύνονται στο τμήμα Διαχείρισης Ανθρώπινου Δυναμικού του Γ.Ν.Παίδων Πεντέλης στα τηλέφωνα: 2132052516 κατά τις εργάσιμες ημέρες και ώρες ή στη ηλεκτρονική διεύθυνση: [prosopikou@paidon-pentelis.gr](mailto:prosopikou@paidon-pentelis.gr).

Η παρούσα Πρόσκληση αναρτάται στο διαδίκτυο (πρόγραμμα ΔΙΑΥΓΕΙΑ) σύμφωνα με τις διατάξεις του ν.3861/2010 (ΦΕΚ Α' 112), στον ιστότοπο και τον πίνακα ανακοινώσεων του Νοσοκομείου ενώ αποστέλλεται ηλεκτρονικά και στην 1<sup>η</sup> Υ.ΠΕ. Αττικής προκειμένου να αναρτηθεί στον ιστότοπό της.

**Η ΚΟΙΝΗ ΔΙΟΙΚΗΤΡΙΑ**

**ΖΩΗ ΡΑΚΟΠΟΥΛΟΥ**

**ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ**

1. Υπουργείο Υγείας  
Email: [aitimataepikourikou@moh.gov.gr](mailto:aitimataepikourikou@moh.gov.gr)
2. 1<sup>η</sup> Υ.ΠΕ. Αττικής  
Email: [hrd@1dype.gov.gr](mailto:hrd@1dype.gov.gr)
3. Πανελλήνιο Ιατρικός Σύλλογος  
Email: [pisinfo@pis.gr](mailto:pisinfo@pis.gr)
4. Ιατρικό Σύλλογος Αθηνών  
Email: [isathens@isathens.gr](mailto:isathens@isathens.gr)

**ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΔΙΑΝΟΜΗ:**

1. Γραφείο Αν. Διοικητρια
2. Δ. Ι. Υ.
3. Δ/ντρια Παιδιατρικού Τμήματος
4. Τμήμα Οικονομικού
5. Τμήμα Πληροφορικής (προκειμένου να αναρτηθεί στην ιστοσελίδα του Νοσοκομείου)
6. Τμήμα Γραμματείας (προκειμένου να αναρτηθεί στους πίνακες Ανακοινώσεων)

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι

**ΑΙΤΗΣΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ ΙΔΙΩΤΩΝ ΙΑΤΡΩΝ  
ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑΣ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗΣ ΜΕ ΓΝΩΣΤΙΚΟ ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΟ ΚΑΙ ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΣΤΗΝ  
ΠΑΙΔΟΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΑ  
ΜΕ ΚΑΘΕΣΤΩΣ ΕΚΔΟΣΗΣ, ΕΚ ΜΕΡΟΥΣ ΤΟΥΣ, ΔΕΛΤΙΟΥ ΑΠΟΔΕΙΞΗΣ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ  
ΓΙΑ ΠΛΗΡΗ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗ ΣΤΟ Γ.Ν.ΠΑΙΔΩΝ ΠΕΝΤΕΛΗΣ**

	<p><u>Προς</u> Γ.Ν.ΠΑΙΔΩΝ ΠΕΝΤΕΛΗΣ»</p> <p>Παρακαλώ όπως κάνετε αποδεκτό το αίτημα μου για συνεργασία με τη Διοίκηση του Γ.Ν.ΠΑΙΔΩΝ ΠΕΝΤΕΛΗΣ», σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθ.41 του ν.4058/2012 όπως τροποποιήθηκε και ισχύει με τις διατάξεις του άρθ.104 του ν. 5034/2023, για απασχόληση στο Γ.Ν.ΠΑΙΔΩΝ ΠΕΝΤΕΛΗΣ» ως ιδιώτης ιατρού.</p>
ΟΝΟΜΑ:	<p>Δηλώνω υπεύθυνα ότι:</p> <p>Α) Αποδέχομαι τους όρους της με αρ.πρωτ.:6758/29.05.2026 πρόσκλησης εκδήλωσης ενδιαφέροντος.</p> <p>Β) Διαθέτω όλα τα δικαιολογητικά που αποδεικνύουν όσα αναφέρω στην παρούσα ( σε πρωτότυπα ή αντίγραφα).</p> <p>Γ) Για την έναρξη συνεργασίας και την είσπραξη της συμφωνηθείσας αποζημίωσης δεν συντρέχει κανένα κώλυμα στο πρόσωπό μου και σε αντίθετη περίπτωση, θα φροντίσω για την άρση κάθε κωλύματος για το σκοπό αυτό, εφόσον η παρούσα αίτησή μου γίνει αποδεκτή.</p> <p style="text-align: right;">Ημερομηνία, ..... Ο/Η Δηλ.</p> <p style="text-align: right;">..... (Υπογραφή / σφραγίδα ιδιώτη ιατρού)</p>
ΕΠΙΘΕΤΟ:	
ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ:	
ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΡΟΣ:	
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ:	
Α.Δ.Τ. ή ΑΡ.ΔΙΑΒΑΤΗΡΙΟΥ:	
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ Οδός και Αριθμός:	
Δήμος και Τ.Κ.:	
Τηλέφωνο:	
Κινητό Τηλέφωνο:	
Email:	
Α.Μ.Κ.Α.:	
Α.Φ.Μ.:	
Ειδικότητα Ιατρού:	