

Grupa	Nazwa komórki organizacyjnej	Grupa zawodowa	Liczba osób do zatrudnienia	Wymagania/Kwalifikacje/Umiejętności/Uprawnień	Wymagane dokumenty
I	Zakład/ Oddział Kl. Radioterapii	lekarz/lekarzka	2	Tytuł zawodowy lekarza oraz tytuł specjalisty w dziedzinie radioterapii onkologicznej lub radioterapii. Wykonywane świadczeń w narażeniu na promieniowanie jonizujące oraz pole magnetyczne	kopia dyplomu ukończenia szkoły wyższej medycznej, kopia prawa wykonywania zawodu lekarza, RPWDL, kopia dyplomu specjalizacji lekarskiej kopia aktualnego orzeczenia lekarskiego o zdolności do pracy, w tym stwierdzające brak przeciwwskazań do pracy w warunkach narażenia/ w przypadku braku zapisu o braku przeciwwskazań do pracy w warunkach narażenia na promieniowanie jonizujące, wymaga się również przedstawienia skierowania na badanie lekarskie, gdzie uwzględniono promieniowanie jonizujące oraz pole magnetyczne, lekarz medycyny pracy musi mieć w pieczęcie literkę "J"
II	Oddział Kliniczny Nowotworów Piersi i Chirurgii Rekonstrukcyjnej	lekarz/lekarzka	2	tytuł zawodowy lekarza i tytuł specjalisty w dziedzinie chirurgii ogólnej lub chirurgii plastycznej	kopia paszportu dozymetrycznego lub kopia wnosku o wydanie paszportu dozymetrycznego wraz z potwierdzeniem wysyłki Kopia certyfikatu
III	Poradnia Laryngologiczna w Poliklinice Centrum Onkologii w Bydgoszczy	lekarz/lekarzka	2	Umiejętność samodzielnego wykonywania mikrochirurgicznych zabiegów rekonstrukcyjnych	kopia dyplomu ukończenia szkoły wyższej medycznej, kopia prawa wykonywania zawodu lekarza, RPWDL, kopia dyplomu specjalizacji lekarskiej Certyfikat potwierdzający ukończenie szkoleń w zakresie mikrochirurgicznych zabiegów rekonstrukcyjnych
IV	Poradnia Chorób Piersi w Poliklinice Centrum Onkologii w Bydgoszczy	lekarz/lekarzka	1	tytuł zawodowy lekarza oraz tytuł specjalisty w dziedzinie chirurgii ogólnej lub w trakcie specjalizacji z chirurgii - po 1 roku specjalizacji (konieczność posiadania pozytywnej opinii kierownika specjalizacji do pracy w poradni)	kopia dyplomu ukończenia szkoły wyższej medycznej, kopia prawa wykonywania zawodu, kopia dyplomu specjalizacji lub oświadczenie o rozpoczęciu specjalizacji (dot. lekarza w trakcie specjalizacji), RPWDL

DYREKTOR DS. ORGANIZACYJNYCH

.....i Rozwoju.....

Podpis Dyrektora Centrum

mgr Katarzyna Kamińska-Kraci, MBA