

Приложение № 11
к приказу Министерства труда и социальной
защиты Российской Федерации
от 26 февраля 2015 г. № 125н

Форма

Сведения о потребности в работниках, наличии свободных рабочих мест (вакантных должностей)

Наименование юридического лица/ф.и.о. индивидуального предпринимателя/физического лица (нужное подчеркнуть)

МБУЗ «Первая городская больница»

Адрес места нахождения г. Таганрог, ул. Инструментальная, 13

Адрес фактического места нахождения г. Таганрог, ул. Инструментальная, 13

Номер контактного телефона 8(8634)64-86-22

Фамилия, имя, отчество представителя работодателя Ильченко Юлия Валерьевна

Проезд (вид транспорта, название остановки) Автобус №34,5,19,13; маршрутное такси № 34, 5, 13, 14,19, троллейбус №,3,4;трамвай №8,9;остановка Приморский парк.

Организационно-правовая форма юридического лица Муниципальная бюджетная

Форма собственности: государственная, муниципальная, частная (нужное подчеркнуть)

Численность работников 237

Вид экономической деятельности (по ОКВЭД) 85. 11. 1

Социальные гарантии работникам: медицинское обслуживание, санаторно-курортное обеспечение, обеспечение детскими дошкольными учреждениями, условия для приема пищи во время перерыва (нужное подчеркнуть)

Иные условия _____

Врач-бактериолог централизованной бактериологической лаборатории		1	Постоянно	25000	Сокращенная продолжительность рабочего времени	8-00	15-00	Высшее профессиональное образование по специальности «Лечебное дело», «Педиатрия», «Медико – профилактическое дело», «Медицинская биохимия», «Медицинская биофизика», «Медицинская кибернетика». Подготовка в ординатуре по специальности «Бактериология» или Профессиональная переподготовка по специальности «Бактериология» при наличии подготовки в интернатуре / ординатуре по специальности «Клиническая лабораторная диагностика», «Эпидемиология», «Вирусология», «Инфекционные болезни». Наличие сертификата и удостоверения о повышении квалификации	Ответственность, дисциплинированность		
--	--	---	-----------	-------	--	------	-------	--	---------------------------------------	--	--

“ 14 ” сентября 20 17 г.

Работодатель (его представитель) _____

(подпись)

М.П.

Бурова Лидия Григорьевна _____

(фамилия, имя, отчество)