



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII
Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii
"M.S. CURIE" BUCUREȘTI

B-dul Constantin Brâncoveanu, Nr. 20
Sector 4, București, Cod postal 75534
Telefon: 021.460.30.26, Fax: 021.460.12.60,
Email: spital@mscurie.ro, Website: www.mscurie.ro

Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii
"M.S. GURIE"

Bd. Constantin Brâncoveanu nr. 20, Sect. 4, București

NR. INTRARE 29.068
IESIRE
Ziua..... 10 Luna..... 09 Anul..... 2018

ANUNȚ

Privind ocuparea prin transfer la cerere a funcției vacante de medic specialist

- Denumire post : medic specialist în Specialitatea Ortopedie pediatrică
- Secția în care este prevăzut postul: Secția Clinică Ortopedie pediatrică
- Condiții specifice de ocupare: vezi Anexa I

Persoanele interesate vor depune cererea de transfer (conform model anexat) însoțit de un curriculum vitae în termen de 20 zile de la afișarea anunțului.

Termen depunere 01.10.2018 ora 12⁰⁰

Menționăm că în situația în care sunt depuse mai multe cereri de transfer se va organiza un interviu cu persoanele interesate, data acestuia fiind comunicată după termenul de depunere a cererilor.

MANAGER



Daniel Ciprian Dumitru Buzatu

ȘEF SERV. RUNOS

Ec. Magdalena Matei

ANEXA I

DIRECTOR MEDICAL

Dr. SPĂTĂRU RADU IULIAN
Conferențiar Universitar
medic primar chirurg pediatru
doctor în științe medicale
cod 825435



Cerinte specifice ocupare post medic specialist

1. Medic specialist ortopedie și traumatologie pediatrică cu vechime de cel puțin 6 luni.
2. Disponibilitate de a efectua garzi în spitalul nostru pe linia I (aproximativ 4/lună)
3. Experiență în tratamentul patologiei traumatice de rutină întâlnită la camera de gardă, în formarea de echipe chirurgicale în operațiile de ortopedie (coloana, sold, tumori osoase, reconstrucții membre, malformații ale piciorului, etc), în îngrijirea postoperatorie și la distanță a pacienților cu patologii traumatice și ortopedice.
4. Experiență în abordarea pacientului cu paralizie cerebrală

Dr. STEFAN GAVRILIU
Medic primar
Ortopedie Pediatrică
Cod 044092



Stimata (e) Doamnă / Domnule

Subsemnat (a/ ul)domiciliat(ă) în.....
.....str.....nrbl.....ap.....
Tel.....având funcția de(denumire,
Gradul), în cadrul (instituția / compartimentul)vă
rog să aprobați transferul meu,la cerere,în cadrul
(denumirea instituției în cadrul căreia se realizează transferul), compartiment.....
.....

Data

Semnătura