

Stanowisko: **OSOBA NA STANOWISKO TECHNIKA MASAŻYSTY**  
Numer: **StPr/26/0760**  
Dodane przez: **Powiatowy Urząd Pracy we Włocławku**

**WARUNKI PRACY I PŁACY**

Miejsce pracy: **ul. WIENIECKA 49, 87-800 Włocławek, powiat: m. Włocławek, woj: kujawsko-pomorskie**  
Zakres obowiązków: **Wykonywanie masażu klasyczny kręgosłupa**  
Rodzaj umowy: **Umowa o pracę w zastępstwie**  
Warunki świadczenia pracy:  
Praca tymczasowa oferowana przez agencję: **NIE**  
Wymiar etatu: **1**  
Zmianowość: **dwie zmiany**  
Liczba godzin pracy w tygodniu: **37.55**  
Data rozpoczęcia: **14.04.2026**  
Data zakończenia pracy: **31.08.2027**  
Wynagrodzenie brutto: **od 7 036,28 PLN**  
System wynagradzania: **Czasowy ze stawką miesięczną**  
Zawód: **technik masażysta\***  
Zapewnienie wyżywienia: **NIE**  
Zatrudnienie od zaraz: **NIE**  
Zapewnienie zakwaterowania: **NIE**  
Pracodawca pokrywa koszt przejazdu do Polski: **NIE**

**WYMAGANIA****Wymagania konieczne:**

Wykształcenie: **średnie zawodowe, medyczne**

**Pozostałe wymagania:**

Inne wymagania: **wykszt. kierunkowe, praca w godz. 07.00-14.35 10.25-18.00. Zgodnie z wymogami Kodeksu Pracy oferty pracy są neutralne pod względem płci kandydatów. Nazewnictwo stanowisk pracy stosuje się na podstawie aktualnej Klasyfikacji Zawodów i Specjalności.**

**DANE PRACODAWCY:**

Pracodawca: **WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY IM. BŁOGOSŁAWIONEGO KSIĘDZA JERZEGO POPIEŁUSZKI WE WŁOCŁAWKU**  
Krótki opis działalności gospodarczej:  
Nr KRAZ:  
Sposób aplikowania: **bezpośrednio do pracodawcy**  
Adres: **ul. WIENIECKA 49, 87-800 Włocławek, powiat: m. Włocławek, woj: kujawsko-pomorskie**  
Osoba do kontaktu: **Komorowska Renata**  
Numer telefonu: **54 412-96-55**  
E-mail: **sekretariat@szpital.wloclawek.pl**  
Język aplikacji: **polski**  
Wymagane dokumenty: **CV**  
Sposób kontaktu / przekazania dokumentów: **Preferowane formy kontaktu: osobiście, telefon, e-mail**

**POZOSTAŁE DANE:**

Liczba miejsc pracy: **1**  
Przeznaczone wyłącznie dla osób zarejestrowanych w urzędzie pracy: **NIE**  
w tym dla niepełnosprawnych: **0**  
Przeznaczone dla osób niepełnosprawnych (finansowanie z PFRON): **NIE**  
Data dodania: **14.04.2026**  
Możliwe przekazanie do realizacji przez inny PUP: **NIE**  
Data aktualizacji:

Data ważności:

**31.05.2026**