

EK-1
KURUM DIŐI KAMU İŐİ ALIMI İLAN FORMU

KURUM BİLGİLERİ

Kurum Adı/Unvanı: **KASDAŐ KADIKÖY SAĞLIK TURİZM EĞİTİM ÇEVRE TEMİZLİĞİ OTOPARK HİZMETLERİ İNŐAAT YAYINCILIK SAN. VE TİC. A.Ő.**

Adresi: **Hasanpaőa Mah. Sarayardı Cad. No: 98 Kadıköy/İSTANBUL**

Telefonu: **216 337 89 51**

Faks no: **216 550 67 62**

TALEP/BAŐVURU BİLGİLERİ

Meslek Adı: **Dahiliye Uzman Hekim**

Açık İş Sayısı: **1**

Niteliği (Geçici/Daimi): **Daimi**

Deneyim Süresi:

Baővuru Tarihleri: **27.10.2025** mesai bitimine kadar

Baővuru Adresi: **Baővurular için info@kasdaz.com adresine özgeçmiş gönderilmesi gerekmektedir. e-mail dışında baővuru kabul edilmeyecektir. Gönderilen özgeçmişler değerlendirildikten sonra uygun bulunan özgeçmiş sahipleri görüşmeye çağrılacaktır.**

İrtibat Kiőisi: **-**

Unvanı: **-**

Telefonu: **-**

E-posta: **info@kasdaz.com**

GÖRÜŐME/MÜLAKAT BİLGİLERİ

Yer: **Mülakat yer ve zamanı uygun görülen adaylara daha sonra bildirilecektir.**

Tarih: **-**

Saat: **-**

ÇALIŞMA ŐARTLARI

Çalışma Adresi: **Kadıköy İlçesi**

Çalışma Süresi: **Tam Zamanlı**

Çalışma Saatleri:

MÜRACAAT KOŐULLARI

- 1- T.C. vatandaőı olmak,
- 2- Kamu haklarından mahrum bulunmamak,
- 3- Görevini devamlı yapmasına engel olabilecek beden ve akıl hastalığı bulunmamak,
- 4- Askerlik hizmeti ile iliőĐi olmamak,
- 5- Üniversitelerin Tıp Fakóltesinden mezun,
- 6- Dahiliye Uzmanlık belgesine sahip,
- 7- 72 yaőından gün almamıő,
- 8- Uzmanlık alanı ile ilgili bilimsel geliőmeleri yakından takip eden,
- 9- Tanı ve tedavi yaklaőımları konusunda bilgi ve deneyim sahibi,
- 10- Hasta gizliliğini ön planda tutan, iletiőimi kuvvetli, hasta memnuniyeti odaklı çalışabilecek,
- 11- Hasta ve hasta yakınları ile olan iliőkilerinde hasta haklarına ve kurum kurallarına uygun davranmalı,
- 12- Tercihen Anadolu yakasında ikamet etmek,
- 13- Sözlü ve gerektiğinde mesleği ile ilgili uygulamalı sınav yapılacaktır.

BAŐVURU İÇİN GEREKLİ BELGELER

- 1- Özgeçmiş
- 2- Mesleği ile ilgili diploma, sertifika, ustalık vs. gibi belgeler
- 3- Erkek adaylar için askerlik durum belgesi

FORM ONAY BİLGİLERİ

Tarih: **23.10.2025**

Adı Soyadı: **KADIKÖY SAĞLIK TURİZM EĞT. ÇEVRE TEM.**

Unvanı: **OTOPARK İNŐAAT YAYINCILIK SAN. VE TİC. A.Ő.**

Kaőe/İmza: **Hasanpaőa Mah. Sarayardı Cad. No: 98 Kadıköy/İST.**

Telefon: **216 337 89 51 Faks: 216 550 67 62**

Not: **Bu form işçi alımı yapılacak her meslek için ayrı ayrı düzenlenerek iş arayanlara duyurulması için bağlı**

olunan İŐKUR İl Müdürlüğüne/Hizmet Merkezine gönderilir.

EK-1
KURUM DIŐI KAMU İŐİ ALIMI İLAN FORMU

KURUM BİLGİLERİ

Kurum Adı/Unvanı: **KASDAŐ KADIKÖY SAĞLIK TURİZM EĞİTİM ÇEVRE TEMİZLİĞİ OTOPARK HİZMETLERİ İNŐAAT YAYINCILIK SAN. VE TİC. A.Ő.**

Adresi: **Hasanpaőa Mah. Sarayardı Cad. No: 98 Kadıköy/İSTANBUL**

Telefonu: **216 337 89 51**

Faks no: **216 550 67 62**

TALEP/BAŐVURU BİLGİLERİ

Meslek Adı: **Radyoloji Uzman Hekim**

Açık İş Sayısı: **4**

Niteliği (Geçici/Daimi): **Daimi**

Deneyim Süresi:

Baővuru Tarihleri: **27.10.2025 mesai bitimine kadar**

Baővuru Adresi: **Baővurular için info@kasdaz.com adresine özgeçmiş gönderilmesi gerekmektedir. e-mail dışında baővuru kabul edilmeyecektir. Gönderilen özgeçmişler değerlendirildikten sonra uygun bulunan özgeçmiş sahipleri görüşmeye çağrılacaktır.**

İrtibat Kiőisi: **-**

Unvanı: **-**

Telefonu: **-**

E-posta: **info@kasdaz.com**

GÖRÜŐME/MÜLAKAT BİLGİLERİ

Yer: **Mülakat yer ve zamanı uygun görülen adaylara daha sonra bildirilecektir.**

Tarih: **-**

Saat: **-**

ÇALIŞMA ŐARTLARI

Çalışma Adresi: **Kadıköy İlçesi**

Çalışma Süresi: **Tam Zamanlı**

Çalışma Saatleri:

MÜRACAAT KOŐULLARI

- 1- T.C. vatandaőı olmak,
- 2- Kamu haklarından mahrum bulunmamak,
- 3- Görevini devamlı yapmasına engel olabilecek beden ve akıl hastalığı bulunmamak,
- 4- Askerlik hizmeti ile iliői olmamak,
- 5- Üniversitelerin Tıp Fakóltesinden mezun,
- 6- Radyoloji Uzmanlık belgesine sahip,
- 7- 72 yaőından gün almamıő,
- 8- Uzmanlık alanı ile ilgili bilimsel geliőmeleri yakından takip eden,
- 9- Tanı ve tedavi yaklaőımları konusunda bilgi ve deneyim sahibi,
- 10- Hasta gizliliğini ön planda tutan, iletiőimi kuvvetli, hasta memnuniyeti odaklı çalışabilecek,
- 11- Hasta ve hasta yakınları ile olan iliőkilerinde hasta haklarına ve kurum kurallarına uygun davranmalı,
- 12- Tercihen Anadolu yakasında ikamet etmek,
- 13- Sözlü ve gerektiğinde mesleği ile ilgili uygulamalı sınav yapılacaktır.

BAŐVURU İÇİN GEREKLİ BELGELER

- 1- Özgeçmiş
- 2- Mesleği ile ilgili diploma, sertifika, ustalık vs. gibi belgeler
- 3- Erkek adaylar için askerlik durum belgesi

FORM ONAY BİLGİLERİ

Tarih: **23.10.2025**

Adı Soyadı:

Unvanı:

Kaőe/İmza:

Not: Bu form işçi alımı yapılacak her meslek için ayrı ayrı düzenlenerek iş arayanlara duyurulması için bağlı olunan İŐKUR İl Müdürlüğüne/Hizmet Merkezine gönderilir.

EK-1
KURUM DIŐI KAMU İŐİ ALIMI İLAN FORMU

KURUM BİLGİLERİ	
Kurum Adı/Unvanı: KASDAŐ KADIKÖY SAĞLIK TURİZM EĞİTİM ÇEVRE TEMİZLİĞİ OTOPARK HİZMETLERİ İNŐAAT YAYINCILIK SAN. VE TİC. A.Ő.	
Adresi: Hasanpaőa Mah. Sarayardı Cad. No: 98 Kadıköy/İSTANBUL	
Telefonu: 216 337 89 51	Faks no: 216 550 67 62
TALEP/BAŐVURU BİLGİLERİ	
Meslek Adı: Psikiyatri Uzman Hekim	Açık İş Sayısı: 1
Niteliği (Geçici/Daimi): Daimi	Deneyim Süresi:
Baővuru Tarihleri: 27.10.2025 mesai bitimine kadar	
Baővuru Adresi: Baővurular için info@kasdaz.com adresine özgeçmiş gönderilmesi gerekmektedir. e-mail dışında baővuru kabul edilmeyecektir. Gönderilen özgeçmişler değerlendirildikten sonra uygun bulunan özgeçmiş sahipleri görüşmeye çağrılacaktır.	
İrtibat Kiőisi: -	Unvanı: -
Telefonu: -	E-posta: info@kasdaz.com
GÖRÜŐME/MÜLAKAT BİLGİLERİ	
Yer: Mülakat yer ve zamanı uygun görülen adaylara daha sonra bildirilecektir.	
Tarih: -	Saat: -
ÇALIŞMA ŐARTLARI	
Çalışma Adresi: Kadıköy İlçesi	
Çalışma Süresi: Tam Zamanlı	Çalışma Saatleri:
MÜRACAAT KOŐULLARI	
1- T.C. vatandaőı olmak,	
2- Kamu haklarından mahrum bulunmamak,	
3- Görevini devamlı yapmasına engel olabilecek beden ve akıl hastalığı bulunmamak,	
4- Askerlik hizmeti ile iliőĐi olmamak,	
5- Üniversitelerin Tıp Fakóltesinden mezun,	
6- Psikiyatri Uzmanlık belgesine sahip,	
7- 72 yaőından gün almamıő,	
8- Uzmanlık alanı ile ilgili bilimsel geliőmeleri yakından takip eden,	
9- Tanı ve tedavi yaklaőımları konusunda bilgi ve deneyim sahibi,	
10- Hasta gizliliğini ön planda tutan, iletiőimi kuvvetli, hasta memnuniyeti odaklı çalışabilecek,	
11- Hasta ve hasta yakınları ile olan iliőkilerinde hasta haklarına ve kurum kurallarına uygun davranmalı,	
12- Tercihen Anadolu yakasında ikamet etmek,	
13- Sözlü ve gerektiğinde mesleği ile ilgili uygulamalı sınav yapılacaktır.	
BAŐVURU İÇİN GEREKLİ BELGELER	
1- Özgeçmiş	
2- Mesleği ile ilgili diploma, sertifika, ustalık vs. gibi belgeler	
3- Erkek adaylar için askerlik durum belgesi	
FORM ONAY BİLGİLERİ	
Tarih: 23.10.2025	
Adı Soyadı: KASDAŐ	
Unvanı: KADIKÖY SAĞLIK TURİZM EĞİTİM ÇEVRE TEM.	
Kaőe/İmza: OTOPARK HİZMETLERİ İNŐAAT YAY. SAN. VE TİC. A.Ő.	

Not: Bu form işçi alımı yapılacak her meslek için ayrı ayrı düzenlenerek iş arayanlara duyurulması için bağlı olunan İŐKUR İl Müdürlüğüne/Hizmet Merkezine gönderilir.

EK-1
KURUM DIŐI KAMU İŐİ ALIMI İLAN FORMU

KURUM BİLGİLERİ

Kurum Adı/Unvanı: **KASDAŐ KADIKÖY SAĞLIK TURİZM EĞİTİM ÇEVRE TEMİZLİĞİ OTO PARK HİZMETLERİ İNŐAAT YAYINCILIK SAN. VE TİC. A.Ő.**

Adresi: **Hasanpaőa Mah. Sarayardı Cad. No: 98 Kadıköy/İSTANBUL**

Telefonu: **216 337 89 51**

Faks no: **216 550 67 62**

TALEP/BAŐVURU BİLGİLERİ

Meslek Adı: **Cildiye Uzman Hekim**

Açık İş Sayısı: **1**

Niteliğİ (Geçici/Daimi): **Daimi**

Deneyim Süresi:

Baővuru Tarihleri: **27.10.2025** mesai bitimine kadar

Baővuru Adresi: **Baővurular için info@kasdaz.com adresine özgeçmiş gönderilmesi gerekmektedir. e-mail dışında baővuru kabul edilmeyecektir. Gönderilen özgeçmişler değerlendirildikten sonra uygun bulunan özgeçmiş sahipleri görüşmeye çağrılacaktır.**

İrtibat Kiőisi: **-**

Unvanı: **-**

Telefonu: **-**

E-posta: **info@kasdaz.com**

GÖRÜŐME/MÜLAKAT BİLGİLERİ

Yer: **Mülakat yer ve zamanı uygun görülen adaylara daha sonra bildirilecektir.**

Tarih: **-**

Saat: **-**

ÇALIŞMA ŐARTLARI

Çalışma Adresi: **Kadıköy İlçesi**

Çalışma Süresi: **Tam Zamanlı**

Çalışma Saatleri:

MÜRACAAT KOŐULLARI

- 1- T.C. vatandaőı olmak,
- 2- Kamu haklarından mahrum bulunmamak,
- 3- Görevini devamlı yapmasına engel olabilecek beden ve akıl hastalığı bulunmamak,
- 4- Askerlik hizmeti ile iliőğı olmamak,
- 5- Üniversitelerin Tıp Fakóltesinden mezun,
- 6- Cildiye Uzmanlık belgesine sahip,
- 7- 72 yaőından gün almamıő,
- 8- Uzmanlık alanı ile ilgili bilimsel geliőmeleri yakından takip eden,
- 9- Tanı ve tedavi yaklaőımları konusunda bilgi ve deneyim sahibi,
- 10- Hasta gizliliğini ön planda tutan, iletiőimi kuvvetli, hasta memnuniyeti odaklı çalışabilecek,
- 11- Hasta ve hasta yakınları ile olan iliőkilerinde hasta haklarına ve kurum kurallarına uygun davranmalı,
- 12- Tercihen Anadolu yakasında ikamet etmek,
- 13- Sözlü ve gerektiğinde mesleğİ ile ilgili uygulamalı sınav yapılacaktır.

BAŐVURU İÇİN GEREKLİ BELGELER

- 1- Özgeçmiş
- 2- Mesleğİ ile ilgili diploma, sertifika, ustalık vs. gibi belgeler
- 3- Erkek adaylar için askerlik durum belgesi

FORM ONAY BİLGİLERİ

Tarih: **23.10.2025**

Adı Soyadı:

Unvanı:

Kaőe/İmza:

Not: Bu form işçi alımı yapılacak her meslek için ayrı ayrı düzenlenerek iş arayanlara duyurulması için bağı olunan İŐKUR İl Müdürlüğüne/Hizmet Merkezine gönderilir.

EK-1
KURUM DIŐI KAMU İŐİ ALIMI İLAN FORMU

KURUM BİLGİLERİ

Kurum Adı/Unvanı: **KASDAŐ KADIKÖY SAĞLIK TURİZM EĞİTİM ÇEVRE TEMİZLİĞİ OTOPARK HİZMETLERİ İNŐAAT YAYINCILIK SAN. VE TİC. A.Ő.**

Adresi: Hasanpaőa Mah. Sarayardı Cad. No: 98 Kadıköy/İSTANBUL

Telefonu: 216 337 89 51

Faks no: 216 550 67 62

TALEP/BAŐVURU BİLGİLERİ

Meslek Adı: Kulak Burun Boğaz Uzman Hekim

Açık İş Sayısı: 1

Niteliği (Geçici/Daimi): Daimi

Deneyim Süresi:

Baővuru Tarihleri: 27.10.2025 mesai bitimine kadar

Baővuru Adresi: **Baővurular için info@kasdaz.com adresine özgeçmiş gönderilmesi gerekmektedir. e-mail dışında baővuru kabul edilmeyecektir. Gönderilen özgeçmişler değerlendirildikten sonra uygun bulunan özgeçmiş sahipleri görüşmeye çağrılacaktır.**

İrtibat Kiőisi: -

Unvanı: -

Telefonu: -

E-posta: info@kasdaz.com

GÖRÜŐME/MÜLAKAT BİLGİLERİ

Yer: Mülakat yer ve zamanı uygun görülen adaylara daha sonra bildirilecektir.

Tarih: -

Saat: -

ÇALIŞMA ŐARTLARI

Çalışma Adresi: Kadıköy İlçesi

Çalışma Süresi: Tam Zamanlı

Çalışma Saatleri:

MÜRACAAT KOŐULLARI

- 1- T.C. vatandaőı olmak,
- 2- Kamu haklarından mahrum bulunmamak,
- 3- Görevini devamlı yapmasına engel olabilecek beden ve akıl hastalığı bulunmamak,
- 4- Askerlik hizmeti ile iliőli olmamak,
- 5- Üniversitelerin Tıp Fakóltesinden mezun,
- 6- KBB Uzmanlık belgesine sahip,
- 7- 72 yaőından gün almamıő,
- 8- Uzmanlık alanı ile ilgili bilimsel geliőmeleri yakından takip eden,
- 9- Tanı ve tedavi yaklaőımları konusunda bilgi ve deneyim sahibi,
- 10- Hasta gizliliğini ön planda tutan, iletiőimi kuvvetli, hasta memnuniyeti odaklı çalışabilecek,
- 11- Hasta ve hasta yakınları ile olan iliőkilerinde hasta haklarına ve kurum kurallarına uygun davranmalı,
- 12- Tercihen Anadolu yakasında ikamet etmek,
- 13- Sözlü ve gerektiğinde mesleği ile ilgili uygulamalı sınav yapılacaktır.

BAŐVURU İÇİN GEREKLİ BELGELER

- 1- Özgeçmiş
- 2- Mesleği ile ilgili diploma, sertifika, ustalık vs. gibi belgeler
- 3- Erkek adaylar için askerlik durum belgesi

FORM ONAY BİLGİLERİ

Tarih: 23.10.2025

Adı Soyadı:

Unvanı:

Kaőe/İmza:

Not: Bu form işçi alımı yapılacak her meslek için ayrı ayrı düzenlenerek iş arayanlara duyurulması için bağlı olunan İŐKUR İl Müdürlüğüne/Hizmet Merkezine gönderilir.

EK-1
KURUM DIŐI KAMU İŐİ ALIMI İLAN FORMU

KURUM BİLGİLERİ	
Kurum Adı/Unvanı: KASDAŐ KADIKÖY SAĞLIK TURİZM EĞİTİM ÇEVRE TEMİZLİĞİ OTOPARK HİZMETLERİ İNŐAAT YAYINCILIK SAN. VE TİC. A.Ő.	
Adresi: Hasanpaőa Mah. Sarayardı Cad. No: 98 Kadıköy/İSTANBUL	
Telefonu: 216 337 89 51	Faks no: 216 550 67 62
TALEP/BAŐVURU BİLGİLERİ	
Meslek Adı: Kardiyoloji Uzman Hekim	Açık İş Sayısı: 1
Niteliği (Geçici/Daimi): Daimi	Deneyim Süresi:
Baővuru Tarihleri: 27.10.2025 mesai bitimine kadar	
Baővuru Adresi: Baővurular için info@kasdaz.com adresine özgeçmiş gönderilmesi gerekmektedir. e-mail dışında baővuru kabul edilmeyecektir. Gönderilen özgeçmişler değerlendirildikten sonra uygun bulunan özgeçmiş sahipleri görüşmeye çağrılacaktır.	
İrtibat Kiőisi: -	Unvanı: -
Telefonu: -	E-posta: info@kasdaz.com
GÖRÜŐME/MÜLAKAT BİLGİLERİ	
Yer: Mülakat yer ve zamanı uygun görülen adaylara daha sonra bildirilecektir.	
Tarih: -	Saat: -
ÇALIŞMA ŐARTLARI	
Çalışma Adresi: Kadıköy İlçesi	
Çalışma Süresi: Tam Zamanlı	Çalışma Saatleri:
MÜRACAAT KOŐULLARI	
1- T.C. vatandaőı olmak,	
2- Kamu haklarından mahrum bulunmamak,	
3- Görevini devamlı yapmasına engel olabilecek beden ve akıl hastalığı bulunmamak,	
4- Askerlik hizmeti ile iliőĐi olmamak,	
5- Üniversitelerin Tıp Fakóltesinden mezun,	
6- Kardiyoloji Uzmanlık belgesine sahip,	
7- 72 yaőından gün almamıő,	
8- Uzmanlık alanı ile ilgili bilimsel geliőmeleri yakından takip eden,	
9- Tanı ve tedavi yaklaőımları konusunda bilgi ve deneyim sahibi,	
10- Hasta gizliliğini ön planda tutan, iletiőimi kuvvetli, hasta memnuniyeti odaklı çalışabilecek,	
11- Hasta ve hasta yakınları ile olan iliőkilerinde hasta haklarına ve kurum kurallarına uygun davranmalı,	
12- Tercihen Anadolu yakasında ikamet etmek,	
13- Sözlü ve gerektiğinde mesleği ile ilgili uygulamalı sınav yapılacaktır.	
BAŐVURU İÇİN GEREKLİ BELGELER	
1- Özgeçmiş	
2- Mesleği ile ilgili diploma, sertifika, ustalık vs. gibi belgeler	
3- Erkek adaylar için askerlik durum belgesi	
FORM ONAY BİLGİLERİ	
Tarih: 23.10.2025	
Adı Soyadı:	
Unvanı:	
Kaőe/İmza:	

Not: Bu form işçi alımı yapılacak her meslek için ayrı ayrı düzenlenerek iş arayanlara duyurulması için bağlı olunan İŐKUR İl Müdürlüğüne/Hizmet Merkezine gönderilir.

EK-1
KURUM DIŐI KAMU İŐİ ALIMI İLAN FORMU

KURUM BİLGİLERİ

Kurum Adı/Unvanı: **KASDAŐ KADIKÖY SAĞLIK TURİZM EĞİTİM ÇEVRE TEMİZLİĞİ OTOPARK HİZMETLERİ İNŐAAT YAYINCILIK SAN. VE TİC. A.Ő.**

Adresi: **Hasanpaőa Mah. Sarayardı Cad. No: 98 Kadıköy/İSTANBUL**

Telefonu: **216 337 89 51**

Faks no: **216 550 67 62**

TALEP/BAŐVURU BİLGİLERİ

Meslek Adı: **Göz Uzman Hekim**

Açık İş Sayısı: **1**

Niteliği (Geçici/Daimi): **Daimi**

Deneyim Süresi:

Baővuru Tarihleri: **27.10.2025 mesai bitimine kadar**

Baővuru Adresi: Baővurular için info@kasdaz.com adresine özgeçmiş gönderilmesi gerekmektedir. e-mail dışında baővuru kabul edilmeyecektir. Gönderilen özgeçmişler değerlendirildikten sonra uygun bulunan özgeçmiş sahipleri görüşmeye çağrılacaktır.

İrtibat Kiőisi: **-**

Unvanı: **-**

Telefonu: **-**

E-posta: **info@kasdaz.com**

GÖRÜŐME/MÜLAKAT BİLGİLERİ

Yer: **Mülakat yer ve zamanı uygun görülen adaylara daha sonra bildirilecektir.**

Tarih: **-**

Saat: **-**

ÇALIŞMA ŐARTLARI

Çalışma Adresi: **Kadıköy İlçesi**

Çalışma Süresi: **Tam Zamanlı**

Çalışma Saatleri:

MÜRACAAT KOŐULLARI

- 1- T.C. vatandaőı olmak,
- 2- Kamu haklarından mahrum bulunmamak,
- 3- Görevini devamlı yapmasına engel olabilecek beden ve akıl hastalığı bulunmamak,
- 4- Askerlik hizmeti ile iliőliĐi olmamak,
- 5- Üniversitelerin Tıp Fakóltesinden mezun,
- 6- Göz Uzmanlık belgesine sahip,
- 7- 72 yaőından gün almamıő,
- 8- Uzmanlık alanı ile ilgili bilimsel geliőmeleri yakından takip eden,
- 9- Tanı ve tedavi yaklaőımları konusunda bilgi ve deneyim sahibi,
- 10- Hasta gizliliğini ön planda tutan, iletiőimi kuvvetli, hasta memnuniyeti odaklı çalışabilecek,
- 11- Hasta ve hasta yakınları ile olan iliőkilerinde hasta haklarına ve kurum kurallarına uygun davranmalı,
- 12- Tercihen Anadolu yakasında ikamet etmek,
- 13- Sözlü ve gerektiğinde mesleği ile ilgili uygulamalı sınav yapılacaktır.

BAŐVURU İÇİN GEREKLİ BELGELER

- 1- Özgeçmiş
- 2- Mesleği ile ilgili diploma, sertifika, ustalık vs. gibi belgeler
- 3- Erkek adaylar için askerlik durum belgesi

FORM ONAY BİLGİLERİ

Tarih: **23.10.2025**

Adı Soyadı:

Unvanı:

Kaőe/İmza:

Not: Bu form işçi alımı yapılacak her meslek için ayrı ayrı düzenlenerek iş arayanlara duyurulması için bağlı olunan İŐKUR İl Müdürlüğüne/Hizmet Merkezine gönderilir.

EK-1
KURUM DIŐI KAMU İŐİ ALIMI İLAN FORMU

KURUM BİLGİLERİ

Kurum Adı/Unvanı: KASDAŐ KADIKÖY SAĞLIK TURİZM EĞİTİM ÇEVRE TEMİZLİĞİ OTO PARK
HİZMETLERİ İNŐAAT YAYINCILIK SAN. VE TİC. A.Ő.

Adresi: Hasanpaőa Mah. Sarayardı Cad. No: 98 Kadıköy/İSTANBUL

Telefonu: 216 337 89 51

Faks no: 216 550 67 62

TALEP/BAŐVURU BİLGİLERİ

Meslek Adı: Kadın Doğum Uzman Hekim

Açık İş Sayısı: 1

Niteliği (Geçici/Daimi): Daimi

Deneyim Süresi:

Baővuru Tarihleri: 27.10.2025 mesai bitimine kadar

Baővuru Adresi: Baővurular için info@kasdaz.com adresine özgeçmiş gönderilmesi gerekmektedir. e-mail dışında baővuru kabul edilmeyecektir. Gönderilen özgeçmişler değerlendirildikten sonra uygun bulunan özgeçmiş sahipleri görüşmeye çağrılacaktır.

İrtibat Kiőisi: -

Unvanı: -

Telefonu: -

E-posta: info@kasdaz.com

GÖRÜŐME/MÜLAKAT BİLGİLERİ

Yer: Mülakat yer ve zamanı uygun görülen adaylara daha sonra bildirilecektir.

Tarih: -

Saat: -

ÇALIŞMA ŐARTLARI

Çalışma Adresi: Kadıköy İlçesi

Çalışma Süresi: Tam Zamanlı

Çalışma Saatleri:

MÜRACAAT KOŐULLARI

- 1- T.C. vatandaőı olmak,
- 2- Kamu haklarından mahrum bulunmamak,
- 3- Görevini devamlı yapmasına engel olabilecek beden ve akıl hastalığı bulunmamak,
- 4- Askerlik hizmeti ile iliőliĐi olmamak,
- 5- Üniversitelerin Tıp Fakóltesinden mezun,
- 6- Kadın Doğum Uzmanlık belgesine sahip,
- 7- 72 yaőından gün almamıő,
- 8- Uzmanlık alanı ile ilgili bilimsel geliőmeleri yakından takip eden,
- 9- Tanı ve tedavi yaklaőımları konusunda bilgi ve deneyim sahibi,
- 10- Hasta gizliliğini ön planda tutan, iletiőimi kuvvetli, hasta memnuniyeti odaklı çalışabilecek,
- 11- Hasta ve hasta yakınları ile olan iliőkilerinde hasta haklarına ve kurum kurallarına uygun davranmalı,
- 12- Tercihen Anadolu yakasında ikamet etmek,
- 13- Sözlü ve gerektiğinde mesleği ile ilgili uygulamalı sınav yapılacaktır.

BAŐVURU İÇİN GEREKLİ BELGELER

- 1- Özgeçmiş
- 2- Mesleği ile ilgili diploma, sertifika, ustalık vs. gibi belgeler
- 3- Erkek adaylar için askerlik durum belgesi

FORM ONAY BİLGİLERİ

Tarih: 23.10.2025

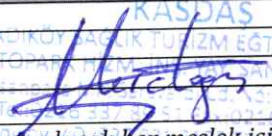
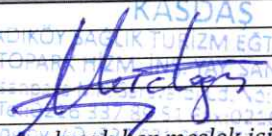
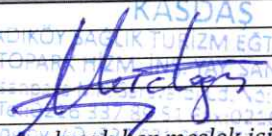
Adı Soyadı:

Unvanı:

Kaőe/İmza:

Not: Bu form işçi alımı yapılacak her meslek için ayrı ayrı düzenlenerek iş arayanlara duyurulması için bağlı olunan İŐKUR İl Müdürlüğüne/Hizmet Merkezine gönderilir.

EK-1
KURUM DIŐI KAMU İŐİ ALIMI İLAN FORMU

KURUM BİLGİLERİ	
Kurum Adı/Unvanı: KASDAŐ KADIKÖY SAĞLIK TURİZM EĞİTİM ÇEVRE TEMİZLİĞİ OTOPARK HİZMETLERİ İNŐAAT YAYINCILIK SAN. VE TİC. A.Ő.	
Adresi: Hasanpaőa Mah. Sarayardı Cad. No: 98 Kadıköy/İSTANBUL	
Telefonu: 216 337 89 51	Faks no: 216 550 67 62
TALEP/BAŐVURU BİLGİLERİ	
Meslek Adı: Çocuk Psikiyatri Uzman Hekim	Açık İş Sayısı: 1
Niteliğİ (Geçici/Daimi): Daimi	Deneyim Süresi:
Baővuru Tarihleri: 27.10.2025 mesai bitimine kadar	
Baővuru Adresi: Baővurular için info@kasdaz.com adresine özgeçmiş gönderilmesi gerekmektedir. e-mail dışında baővuru kabul edilmeyecektir. Gönderilen özgeçmişler değerlendirildikten sonra uygun bulunan özgeçmiş sahipleri görüşmeye çağrılacaktır.	
İrtibat Kiőisi: -	Unvanı: -
Telefonu: -	E-posta: info@kasdaz.com
GÖRÜŐME/MÜLAKAT BİLGİLERİ	
Yer: Mülakat yer ve zamanı uygun görülen adaylara daha sonra bildirilecektir.	
Tarih: -	Saat: -
ÇALIŞMA ŐARTLARI	
Çalışma Adresi: Kadıköy İlçesi	
Çalışma Süresi: Tam Zamanlı	Çalışma Saatleri:
MÜRACAAT KOŐULLARI	
1- T.C. vatandaőı olmak,	
2- Kamu haklarından mahrum bulunmamak,	
3- Görevini devamlı yapmasına engel olabilecek beden ve akıl hastalığı bulunmamak,	
4- Askerlik hizmeti ile iliőğı olmamak,	
5- Üniversitelerin Tıp Fakóltesinden mezun,	
6- Çocuk Psikiyatri Uzmanlık belgesine sahip,	
7- 72 yaőından gün almamıő,	
8- Uzmanlık alanı ile ilgili bilimsel geliőmeleri yakından takip eden,	
9- Tanı ve tedavi yaklaőımları konusunda bilgi ve deneyim sahibi,	
10- Hasta gizliliğini ön planda tutan, iletiőimi kuvvetli, hasta memnuniyeti odaklı çalışabilecek,	
11- Hasta ve hasta yakınları ile olan iliőkilerinde hasta haklarına ve kurum kurallarına uygun davranmalı,	
12- Tercihen Anadolu yakasında ikamet etmek,	
13- Sözlü ve gerektiğinde mesleğİ ile ilgili uygulamalı sınav yapılacaktır.	
BAŐVURU İÇİN GEREKLİ BELGELER	
1- Özgeçmiş	
2- Mesleğİ ile ilgili diploma, sertifika, ustalık vs. gibi belgeler	
3- Erkek adaylar için askerlik durum belgesi	
FORM ONAY BİLGİLERİ	
Tarih: 23.10.2025	
Adı Soyadı: 	
Unvanı: 	
Kaőe/İmza: 	

Not: Bu form işçi alımı yapılacak her meslek için ayrı ayrı düzenlenerek iş arayanlara duyurulması için bağı olunan İŐKUR İl Müdürlüğüne/Hizmet Merkezine gönderilir.

EK-1
KURUM DIŐI KAMU İŐİ ALIMI İLAN FORMU

KURUM BİLGİLERİ	
Kurum Adı/Unvanı: KASDAŐ KADIKÖY SAĞLIK TURİZM EĞİTİM ÇEVRE TEMİZLİĞİ OTOPARK HİZMETLERİ İNŐAAT YAYINCILIK SAN. VE TİC. A.Ő.	
Adresi: Hasanpaőa Mah. Sarayardı Cad. No: 98 Kadıköy/İSTANBUL	
Telefonu: 216 337 89 51	Faks no: 216 550 67 62
TALEP/BAŐVURU BİLGİLERİ	
Meslek Adı: Biyokimya Uzman Hekim	Açık İş Sayısı: 1
Niteliği (Geçici/Daimi): Daimi	Deneyim Süresi:
Baővuru Tarihleri: 27.10.2025 mesai bitimine kadar	
Baővuru Adresi: Baővurular için info@kasdaz.com adresine özgeçmiş gönderilmesi gerekmektedir. e-mail dışında baővuru kabul edilmeyecektir. Gönderilen özgeçmişler değerlendirildikten sonra uygun bulunan özgeçmiş sahipleri görüşmeye çağrılacaktır.	
İrtibat Kiőisi: -	Unvanı: -
Telefonu: -	E-posta: info@kasdaz.com
GÖRÜŐME/MÜLAKAT BİLGİLERİ	
Yer: Mülakat yer ve zamanı uygun görülen adaylara daha sonra bildirilecektir.	
Tarih: -	Saat: -
ÇALIŞMA ŐARTLARI	
Çalışma Adresi: Kadıköy İlçesi	
Çalışma Süresi: Tam Zamanlı	Çalışma Saatleri:
MÜRACAAT KOŐULLARI	
1- T.C. vatandaőı olmak,	
2- Kamu haklarından mahrum bulunmamak,	
3- Görevini devamlı yapmasına engel olabilecek beden ve akıl hastalığı bulunmamak,	
4- Askerlik hizmeti ile iliőĐi olmamak,	
5- Üniversitelerin Tıp Fakóltesinden mezun,	
6- Biyokimya Uzmanlık belgesine sahip,	
7- 72 yaőından gün almamıő,	
8- Uzmanlık alanı ile ilgili bilimsel geliőmeleri yakından takip eden,	
9- Tanı ve tedavi yaklaőımları konusunda bilgi ve deneyim sahibi,	
10- Hasta gizliliğini ön planda tutan, iletiőimi kuvvetli, hasta memnuniyeti odaklı çalışabilecek,	
11- Hasta ve hasta yakınları ile olan iliőkilerinde hasta haklarına ve kurum kurallarına uygun davranmalı,	
12- Tercihen Anadolu yakasında ikamet etmek,	
13- Sözlü ve gerektiğinde mesleği ile ilgili uygulamalı sınav yapılacaktır.	
BAŐVURU İÇİN GEREKLİ BELGELER	
1- Özgeçmiş	
2- Mesleği ile ilgili diploma, sertifika, ustalık vs. gibi belgeler	
3- Erkek adaylar için askerlik durum belgesi	
FORM ONAY BİLGİLERİ	
Tarih: 23.10.2025	
Adı Soyadı: KASDAŐ	
Unvanı: KADIKÖY SAĞLIK TURİZM EĞİTİM ÇEVRE TEMİZLİĞİ OTOPARK HİZMETLERİ İNŐAAT YAYINCILIK SAN. VE TİC. A.Ő.	
Kaőe/İmza: 216 337 89 51	

Not: Bu form işçi alımı yapılacak her meslek için ayrı ayrı düzenlenerek iş arayanlara duyurulması için bağlı olunan İŐKUR İl Müdürlüğüne/Hizmet Merkezine gönderilir.

EK-1
KURUM DIŐI KAMU İŐİ ALIMI İLAN FORMU

KURUM BİLGİLERİ

Kurum Adı/Unvanı: **KASDAŐ KADIKÖY SAĞLIK TURİZM EĞİTİM ÇEVRE TEMİZLİĞİ OTOPARK HİZMETLERİ İNŐAAT YAYINCILIK SAN. VE TİC. A.Ő.**

Adresi: **Hasanpaőa Mah. Sarayardı Cad. No: 98 Kadıköy/İSTANBUL**

Telefonu: **216 337 89 51**

Faks no: **216 550 67 62**

TALEP/BAŐVURU BİLGİLERİ

Meslek Adı: **Aile Hekimi**

Açık İş Sayısı: **1**

Niteliğİ (Geçici/Daimi): **Daimi**

Deneyim Süresi:

Baővuru Tarihleri: **27.10.2025 mesai bitimine kadar**

Baővuru Adresi: **Baővurular için info@kasdaz.com adresine özgeçmiş gönderilmesi gerekmektedir. e-mail dışında baővuru kabul edilmeyecektir. Gönderilen özgeçmişler değerlendirildikten sonra uygun bulunan özgeçmiş sahipleri görüşmeye çağrılacaktır.**

İrtibat Kiőisi: **-**

Unvanı: **-**

Telefonu: **-**

E-posta: **info@kasdaz.com**

GÖRÜŐME/MÜLAKAT BİLGİLERİ

Yer: **Mülakat yer ve zamanı uygun görülen adaylara daha sonra bildirilecektir.**

Tarih: **-**

Saat: **-**

ÇALIŞMA ŐARTLARI

Çalışma Adresi: **Kadıköy İlçesi**

Çalışma Süresi: **Tam Zamanlı**

Çalışma Saatleri:

MÜRACAAT KOŐULLARI

- 1- T.C. vatandaőı olmak,
- 2- Kamu haklarından mahrum bulunmamak,
- 3- Görevini devamlı yapmasına engel olabilecek beden ve akıl hastalığı bulunmamak,
- 4- Askerlik hizmeti ile iliőığı olmamak,
- 5- Üniversitelerin Tıp Fakóltesinden mezun,
- 6- Aile Hekimi Uzmanlık / Aile Hekimi Sertifika belgesine sahip,
- 7- 72 yaőından gün almamıő,
- 8- Uzmanlık alanı ile ilgili bilimsel geliőmeleri yakından takip eden,
- 9- Tanı ve tedavi yaklaőımları konusunda bilgi ve deneyim sahibi,
- 10- Hasta gizliliğini ön planda tutan, iletiőimi kuvvetli, hasta memnuniyeti odaklı çalışabilecek,
- 11- Hasta ve hasta yakınları ile olan iliőkilerinde hasta haklarına ve kurum kurallarına uygun davranmalı,
- 12- Tercihen Anadolu yakasında ikamet etmek,
- 13- Sözlü ve gerektiğinde mesleğİ ile ilgili uygulamalı sınav yapılacaktır.

BAŐVURU İÇİN GEREKLİ BELGELER

- 1- Özgeçmiş
- 2- Mesleğİ ile ilgili diploma, sertifika, ustalık vs. gibi belgeler
- 3- Erkek adaylar için askerlik durum belgesi

FORM ONAY BİLGİLERİ

Tarih: **23.10.2025**

Adı Soyadı:

Unvanı:

Kaőe/İmza:

Not: Bu form işçi alımı yapılacak her meslek için ayrı ayrı düzenlenerek iş arayanlara duyurulması için bağılı olunan İŐKUR İl Müdürlüğüne/Hizmet Merkezine gönderilir.

EK-1
KURUM DIŐI KAMU İŐİ ALIMI İLAN FORMU

KURUM BİLGİLERİ	
Kurum Adı/Unvanı: KASDAŐ KADIKÖY SAĞLIK TURİZM EĞİTİM ÇEVRE TEMİZLİĞİ OTOPARK HİZMETLERİ İNŐAAT YAYINCILIK SAN. VE TİC. A.Ő.	
Adresi: Hasanpaőa Mah. Sarayardı Cad. No: 98 Kadıköy/İSTANBUL	
Telefonu: 216 337 89 51	Faks no: 216 550 67 62
TALEP/BAŐVURU BİLGİLERİ	
Meslek Adı: Pratisyen Hekim	Açık İş Sayısı: 2
Niteliği (Geçici/Daimi): Daimi	Deneyim Süresi:
Baővuru Tarihleri: 27.10.2025 mesai bitimine kadar	
Baővuru Adresi: Baővurular için info@kasdaz.com adresine özgeçmiş gönderilmesi gerekmektedir. e-mail dışında baővuru kabul edilmeyecektir. Gönderilen özgeçmişler değerlendirildikten sonra uygun bulunan özgeçmiş sahipleri görüşmeye çağrılacaktır.	
İrtibat Kiőisi: -	Unvanı: -
Telefonu: -	E-posta: info@kasdaz.com
GÖRÜŐME/MÜLAKAT BİLGİLERİ	
Yer: Mülakat yer ve zamanı uygun görülen adaylara daha sonra bildirilecektir.	
Tarih: -	Saat: -
ÇALIŞMA ŐARTLARI	
Çalışma Adresi: Kadıköy İlçesi	
Çalışma Süresi: Tam Zamanlı	Çalışma Saatleri:
MÜRACAAT KOŐULLARI	
1- T.C. vatandaőı olmak,	
2- Kamu haklarından mahrum bulunmamak,	
3- Görevini devamlı yapmasına engel olabilecek beden ve akıl hastalığı bulunmamak,	
4- Askerlik hizmeti ile iliőiğı olmamak,	
5- Üniversitelerin Tıp Fakóltesinden mezun,	
6- 72 yaőından gün almamıő,	
7- Uzmanlık alanı ile ilgili bilimsel geliőmeleri yakından takip eden,	
8- Tanı ve tedavi yaklaőımları konusunda bilgi ve deneyim sahibi,	
9- Hasta gizliliğini ön planda tutan, iletiőimi kuvvetli, hasta memnuniyeti odaklı çalışabilecek,	
10- Hasta ve hasta yakınları ile olan iliőkilerinde hasta haklarına ve kurum kurallarına uygun davranmalı,	
11- Tercihen Anadolu yakasında ikamet etmek,	
12- Sözlü ve gerektiğinde mesleği ile ilgili uygulamalı sınav yapılacaktır.	
BAŐVURU İÇİN GEREKLİ BELGELER	
1- Özgeçmiş	
2- Mesleği ile ilgili diploma, sertifika, ustalık vs. gibi belgeler	
3- Erkek adaylar için askerlik durum belgesi	
FORM ONAY BİLGİLERİ	
Tarih: 23.10.2025	
Adı Soyadı: KASDAŐ	
Unvanı: KADIKÖY SAĞLIK TURİZM EĞİTİM ÇEVRE TEMİZLİĞİ OTOPARK HİZMETLERİ İNŐAAT YAYINCILIK SAN. VE TİC. A.Ő.	
Kaőe/İmza: [İmza]	

Not: Bu form işçi alımı yapılacak her meslek için ayrı ayrı düzenlenerek iş arayanlara duyurulması için bağlı olunan İŐKUR İl Müdürlüğüne/Hizmet Merkezine gönderilir.

EK-1
KURUM DIŐI KAMU İŐİ ALIMI İLAN FORMU

KURUM BİLGİLERİ	
Kurum Adı/Unvanı: KASDAŐ KADIKÖY SAĞLIK TURİZM EĞİTİM ÇEVRE TEMİZLİĞİ OTOPARK HİZMETLERİ İNŐAAT YAYINCILIK SAN. VE TİC. A.Ő.	
Adresi: Hasanpaőa Mah. Sarayardı Cad. No: 98 Kadıköy/İSTANBUL	
Telefonu: 216 337 89 51	Faks no: 216 550 67 62
TALEP/BAŐVURU BİLGİLERİ	
Meslek Adı: Anestezi Uzman Hekim	Açık İş Sayısı: 1
Niteliği (Geçici/Daimi): Daimi	Deneyim Süresi:
Baővuru Tarihleri: 27.10.2025 mesai bitimine kadar	
Baővuru Adresi: Baővurular için info@kasdaz.com adresine özgeçmiş gönderilmesi gerekmektedir. e-mail dışında baővuru kabul edilmeyecektir. Gönderilen özgeçmişler değerlendirildikten sonra uygun bulunan özgeçmiş sahipleri görüşmeye çağrılacaktır.	
İrtibat Kiőisi: -	Unvanı: -
Telefonu: -	E-posta: info@kasdaz.com
GÖRÜŐME/MÜLAKAT BİLGİLERİ	
Yer: Mülakat yer ve zamanı uygun görülen adaylara daha sonra bildirilecektir.	
Tarih: -	Saat: -
ÇALIŞMA ŐARTLARI	
Çalışma Adresi: Kadıköy İlçesi	
Çalışma Süresi: Tam Zamanlı	Çalışma Saatleri:
MÜRACAAT KOŐULLARI	
1- T.C. vatandaőı olmak,	
2- Kamu haklarından mahrum bulunmamak,	
3- Görevini devamlı yapmasına engel olabilecek beden ve akıl hastalığı bulunmamak,	
4- Askerlik hizmeti ile iliőliĐi olmamak,	
5- Üniversitelerin Tıp Fakóltesinden mezun,	
6- Anestezi Uzmanlık belgesine sahip,	
7- 72 yaőından gün almamıő,	
8- Uzmanlık alanı ile ilgili bilimsel geliőmeleri yakından takip eden,	
9- Tanı ve tedavi yaklaőımları konusunda bilgi ve deneyim sahibi,	
10- Hasta gizliliğini ön planda tutan, iletiőimi kuvvetli, hasta memnuniyeti odaklı çalışabilecek,	
11- Hasta ve hasta yakınları ile olan iliőkilerinde hasta haklarına ve kurum kurallarına uygun davranmalı,	
12- Tercihen Anadolu yakasında ikamet etmek,	
13- Sözlü ve gerektiğinde mesleği ile ilgili uygulamalı sınav yapılacaktır.	
BAŐVURU İÇİN GEREKLİ BELGELER	
1- Özgeçmiş	
2- Mesleği ile ilgili diploma, sertifika, ustalık vs. gibi belgeler	
3- Erkek adaylar için askerlik durum belgesi	
FORM ONAY BİLGİLERİ	
Tarih: 23.10.2025	
Adı Soyadı: 	
Unvanı: 	
Kaőe/İmza: 	

Not: Bu form işçi alımı yapılacak her meslek için ayrı ayrı düzenlenerek iş arayanlara duyurulması için bağlı olunan İŐKUR İl Müdürlüğüne/Hizmet Merkezine gönderilir.

EK-1
KURUM DIŐI KAMU İŐİİ ALIMI İLAN FORMU

KURUM BİLGİLERİ

Kurum Adı/Unvanı: **KASDAŐ KADIKÖY SAĞLIK TURİZM EĞİTİM ÇEVRE TEMİZLİĞİ OTOPARK HİZMETLERİ İNŐAAT YAYINCILIK SAN. VE TİC. A.Ő.**

Adresi: Hasanpaőa Mah. Sarayardı Cad. No: 98 Kadıköy/İSTANBUL

Telefonu: 216 337 89 51

Faks no: 216 550 67 62

TALEP/BAŐVURU BİLGİLERİ

Meslek Adı: Çene Cerrahisi Uzmanı

Açık İş Sayısı: 1

Niteliği (Geçici/Daimi): Daimi

Deneyim Süresi:

Baővuru Tarihleri: 27.10.2025 mesai bitimine kadar

Baővuru Adresi: **Baővurular için info@kasdaz.com adresine özgeçmiş gönderilmesi gerekmektedir. e-mail dışında baővuru kabul edilmeyecektir. Gönderilen özgeçmişler değerlendirildikten sonra uygun bulunan özgeçmiş sahipleri görüşmeye çağrılacaktır.**

İrtibat Kiőisi: -

Unvanı: -

Telefonu: -

E-posta: info@kasdaz.com

GÖRÜŐME/MÜLAKAT BİLGİLERİ

Yer: Mülakat yer ve zamanı uygun görülen adaylara daha sonra bildirilecektir.

Tarih: -

Saat: -

ÇALIŞMA ŐARTLARI

Çalışma Adresi: Kadıköy İlçesi

Çalışma Süresi: Tam Zamanlı

Çalışma Saatleri:

MÜRACAAT KOŐULLARI

- 1- T.C. vatandaőı olmak,
- 2- Kamu haklarından mahrum bulunmamak,
- 3- Görevini devamlı yapmasına engel olabilecek beden ve akıl hastalığı bulunmamak,
- 4- Askerlik hizmeti ile iliői olmamak,
- 5- Üniversitelerin Diő Hekimliği Fakóltesinden mezun,
- 6- Çene Cerrahisi Uzmanlık belgesine sahip,
- 7- 72 yaőından gün almamıő,
- 8- Uzmanlık alanı ile ilgili bilimsel geliőmeleri yakından takip eden,
- 9- Tanı ve tedavi yaklaőımları konusunda bilgi ve deneyim sahibi,
- 10- Hasta gizliliğini ön planda tutan, iletiőimi kuvvetli, hasta memnuniyeti odaklı çalışabilecek,
- 11- Hasta ve hasta yakınları ile olan iliőkilerinde hasta haklarına ve kurum kurallarına uygun davranmalı,
- 12- Tercihen Anadolu yakasında ikamet etmek,
- 13- Sözlü ve gerektiğinde mesleği ile ilgili uygulamalı sınav yapılacaktır.

BAŐVURU İÇİN GEREKLİ BELGELER

- 1- Özgeçmiş
- 2- Mesleği ile ilgili diploma, sertifika, ustalık vs. gibi belgeler
- 3- Erkek adaylar için askerlik durum belgesi

FORM ONAY BİLGİLERİ

Tarih: 23.10.2025

Adı Soyadı:

Unvanı:

Kaőe/İmza:

Not: Bu form işçi alımı yapılacak her meslek için ayrı ayrı düzenlenerek iş arayanlara duyurulması için bağlı olunan İŐKUR İl Müdürlüğüne/Hizmet Merkezine gönderilir.

EK-1
KURUM DIŐI KAMU İŐİ ALIMI İLAN FORMU

KURUM BİLGİLERİ

Kurum Adı/Unvanı: **KASDAŐ KADIKÖY SAĞLIK TURİZM EĞİTİM ÇEVRE TEMİZLİĞİ OTOPARK HİZMETLERİ İNŐAAT YAYINCILIK SAN. VE TİC. A.Ő.**

Adresi: **Hasanpaőa Mah. Sarayardı Cad. No: 98 Kadıköy/İSTANBUL**

Telefonu: **216 337 89 51**

Faks no: **216 550 67 62**

TALEP/BAŐVURU BİLGİLERİ

Meslek Adı: **Pedodonti Uzmanı**

Açık İş Sayısı: **1**

Niteliği (Geçici/Daimi): **Daimi**

Deneyim Süresi:

Baővuru Tarihleri: **27.10.2025 mesai bitimine kadar**

Baővuru Adresi: **Baővurular için info@kasdaz.com adresine özgeçmiş gönderilmesi gerekmektedir. e-mail dışında baővuru kabul edilmeyecektir. Gönderilen özgeçmişler değerlendirildikten sonra uygun bulunan özgeçmiş sahipleri görüşmeye çağrılacaktır.**

İrtibat Kiőisi: **-**

Unvanı: **-**

Telefonu: **-**

E-posta: **info@kasdaz.com**

GÖRÜŐME/MÜLAKAT BİLGİLERİ

Yer: **Mülakat yer ve zamanı uygun görülen adaylara daha sonra bildirilecektir.**

Tarih: **-**

Saat: **-**

ÇALIŞMA ŐARTLARI

Çalışma Adresi: **Kadıköy İlçesi**

Çalışma Süresi: **Tam Zamanlı**

Çalışma Saatleri:

MÜRACAAT KOŐULLARI

- 1- T.C. vatandaőı olmak,
- 2- Kamu haklarından mahrum bulunmamak,
- 3- Görevini devamlı yapmasına engel olabilecek beden ve akıl hastalığı bulunmamak,
- 4- Askerlik hizmeti ile iliőliĐi olmamak,
- 5- Üniversitelerin Diő Hekimliği Fakóltesinden mezun,
- 6- Pedodonti Uzmanlık belgesine sahip,
- 7- 72 yaőından gün almamıő,
- 8- Uzmanlık alanı ile ilgili bilimsel geliőmeleri yakından takip eden,
- 9- Tanı ve tedavi yaklaőımları konusunda bilgi ve deneyim sahibi,
- 10- Hasta gizliliğini ön planda tutan, iletiőimi kuvvetli, hasta memnuniyeti odaklı çalışabilecek,
- 11- Hasta ve hasta yakınları ile olan iliőkilerinde hasta haklarına ve kurum kurallarına uygun davranmalı,
- 12- Tercihen Anadolu yakasında ikamet etmek,
- 13- Sözlü ve gerektiğinde mesleği ile ilgili uygulamalı sınav yapılacaktır.

BAŐVURU İÇİN GEREKLİ BELGELER

- 1- Özgeçmiş
- 2- Mesleği ile ilgili diploma, sertifika, ustalık vs. gibi belgeler
- 3- Erkek adaylar için askerlik durum belgesi

FORM ONAY BİLGİLERİ

Tarih: **23.10.2025**

Adı Soyadı:

Unvanı:

Kaőe/İmza:

Not: Bu form işçi alımı yapılacak her meslek için ayrı ayrı düzenlenerek iş arayanlara duyurulması için bağlı olunan İŐKUR İl Müdürlüğüne/Hizmet Merkezine gönderilir.

EK-1
KURUM DIŐI KAMU İŐİ ALIMI İLAN FORMU

KURUM BİLGİLERİ

Kurum Adı/Unvanı: **KASDAŐ KADIKÖY SAĞLIK TURİZM EĞİTİM ÇEVRE TEMİZLİĞİ OTOPARK HİZMETLERİ İNŐAAT YAYINCILIK SAN. VE TİC. A.Ő.**

Adresi: **Hasanpaőa Mah. Sarayardı Cad. No: 98 Kadıköy/İSTANBUL**

Telefonu: **216 337 89 51**

Faks no: **216 550 67 62**

TALEP/BAŐVURU BİLGİLERİ

Meslek Adı: **Diő Hekimi**

Açık İş Sayısı: **1**

Niteliği (Geçici/Daimi): **Daimi**

Deneyim Süresi:

Baővuru Tarihleri: **27.10.2025 mesai bitimine kadar**

Baővuru Adresi: **Baővurular için info@kasdaz.com adresine özgeçmiş gönderilmesi gerekmektedir. e-mail dışında baővuru kabul edilmeyecektir. Gönderilen özgeçmişler değerlendirildikten sonra uygun bulunan özgeçmiş sahipleri görüşmeye çağrılacaktır.**

İrtibat Kiőisi: **-**

Unvanı: **-**

Telefonu: **-**

E-posta: **info@kasdaz.com**

GÖRÜŐME/MÜLAKAT BİLGİLERİ

Yer: **Mülakat yer ve zamanı uygun görülen adaylara daha sonra bildirilecektir.**

Tarih: **-**

Saat: **-**

ÇALIŞMA ŐARTLARI

Çalışma Adresi: **Kadıköy İlçesi**

Çalışma Süresi: **Tam Zamanlı**

Çalışma Saatleri:

MÜRACAAT KOŐULLARI

- 1- T.C. vatandaőı olmak,
- 2- Kamu haklarından mahrum bulunmamak,
- 3- Görevini devamlı yapmasına engel olabilecek beden ve akıl hastalığı bulunmamak,
- 4- Askerlik hizmeti ile iliőliĐi olmamak,
- 5- Üniversitelerin Diő Hekimliği Fakóltesinden mezun,
- 6- 72 yaőından gün almamıő,
- 7- Alanı ile ilgili bilimsel geliőmeleri yakından takip eden,
- 8- Çocuk hasta konusunda deneyimli olmak,
- 9- Tanı ve tedavi yaklaőımları konusunda bilgi ve deneyim sahibi,
- 10- Hasta gizliliğini ön planda tutan, iletiőimi kuvvetli, hasta memnuniyeti odaklı çalışabilecek,
- 11- Hasta ve hasta yakınları ile olan iliőkilerinde hasta haklarına ve kurum kurallarına uygun davranmalı,
- 12- Tercihen Anadolu yakasında ikamet etmek,
- 13- Sözlü ve gerektiğinde mesleği ile ilgili uygulamalı sınav yapılacaktır.

BAŐVURU İÇİN GEREKLİ BELGELER

- 1- Özgeçmiş
- 2- Mesleği ile ilgili diploma, sertifika, ustalık vs. gibi belgeler
- 3- Erkek adaylar için askerlik durum belgesi

FORM ONAY BİLGİLERİ

Tarih: **23.10.2025**

Adı Soyadı:

Unvanı:

Kaőe/İmza:

Not: Bu form işçi alımı yapılacak her meslek için ayrı ayrı düzenlenerek iş arayanlara duyurulması için bağlı olunan İŐKUR İl Müdürlüğüne/Hizmet Merkezine gönderilir.

EK-1
KURUM DIŐI KAMU İŐİ ALIMI İLAN FORMU

KURUM BİLGİLERİ

Kurum Adı/Unvanı: **KASDAŐ KADIKÖY SAĞLIK TURİZM EĞİTİM ÇEVRE TEMİZLİĞİ OTOPARK HİZMETLERİ İNŐAAT YAYINCILIK SAN. VE TİC. A.Ő.**

Adresi: **Hasanpaőa Mah. Sarayardı Cad. No: 98 Kadıköy/İSTANBUL**

Telefonu: **216 337 89 51**

Faks no: **216 550 67 62**

TALEP/BAŐVURU BİLGİLERİ

Meslek Adı: **Hemőire**

Açık İş Sayısı: **3**

Niteliği (Geçici/Daimi): **Daimi**

Deneyim Süresi:

Baővuru Tarihleri: **27.10.2025** mesai bitimine kadar

Baővuru Adresi: **Baővurular için info@kasdaz.com adresine özgeçmiş gönderilmesi gerekmektedir. e-mail dışında baővuru kabul edilmeyecektir. Gönderilen özgeçmişler değerlendirildikten sonra uygun bulunan özgeçmiş sahipleri görüşmeye çağrılacaktır.**

İrtibat Kiőisi: **-**

Unvanı: **-**

Telefonu: **-**

E-posta: **info@kasdaz.com**

GÖRÜŐME/MÜLAKAT BİLGİLERİ

Yer: **Mülakat yer ve zamanı uygun görülen adaylara daha sonra bildirilecektir.**

Tarih: **-**

Saat: **-**

ÇALIŞMA ŐARTLARI

Çalışma Adresi: **Kadıköy İlçesi**

Çalışma Süresi: **Tam Zamanlı**

Çalışma Saatleri:

MÜRACAAT KOŐULLARI

- 1- T.C. vatandaőı olmak,
- 2- Kamu haklarından mahrum bulunmamak,
- 3- Görevini devamlı yapmasına engel olabilecek beden ve akıl hastalığı bulunmamak,
- 4- Askerlik hizmeti ile iliőiĐi olmamak,
- 5- Yüksekokul ve Lisans bölümlerinden mezun,
- 6- Hemőirelik belgesine sahip, Tercihen Nöroloji ve Psikiyatri konusunda deneyimli,
- 7- 65 yaő üstü vatandaşlarla iletiőimi kuvvetli,
- 8- Hasta gizliliğini ön planda tutan, iletiőimi kuvvetli, hasta memnuniyeti odaklı çalışabilecek,
- 9- Hasta ve hasta yakınları ile olan iliőkilerinde hasta haklarına ve kurum kurallarına uygun davranmalı,
- 10- Tercihen Anadolu yakasında ikamet etmek,
- 11- Sözlü ve gerektiğinde mesleği ile ilgili uygulamalı sınav yapılacaktır.

BAŐVURU İÇİN GEREKLİ BELGELER

- 1- Özgeçmiş
- 2- Mesleği ile ilgili diploma, sertifika, ustalık vs. gibi belgeler
- 3- Erkek adaylar için askerlik durum belgesi

FORM ONAY BİLGİLERİ

Tarih: **23.10.2025**

Adı Soyadı:

Unvanı:

Kaőe/İmza:

Not: Bu form işçi alımı yapılacak her meslek için ayrı ayrı düzenlenerek iş arayanlara duyurulması için bağlı olunan İŐKUR İl Müdürlüğüne/Hizmet Merkezine gönderilir.