

**Oświadczenie o zobowiązaniu się do poinformowania Zarządu Województwa
o odpracowaniu stypendium**

Dane osobowe

1. Imię i nazwisko: _____
2. Adres zamieszkania: _____

Zobowiązuję się do poinformowania Zarządu Województwa o odpracowaniu stypendium w wojewódzkim podmiocie leczniczym w terminie 30 dni od dnia zakończenia odpracowania stypendium.

Miejscowość, data

Podpis kandydata