

Oświadczenie o zobowiązaniu do poinformowania Zarządu Województwa o odbywanej specjalizacji i podmiocie leczniczym, w którym jest ona odbywana

Dane osobowe

1. Imię i nazwisko:

2. Adres zamieszkania:

3. Telefon kontaktowy:

4. Adres e-mail:

Zobowiązuję się do poinformowania Zarządu Województwa o odbywanej specjalizacji oraz podmiocie leczniczym, w którym jest ona odbywana w terminie 30 dni od dnia jej rozpoczęcia.

Miejscowość, data

Podpis kandydata