

Oświadczenie o zobowiązaniu się do poinformowania Zarządu Województwa o odpracowaniu stypendium

Dane osobowe

1. Imię i nazwisko: _____
2. Adres zamieszkania: _____
3. Telefon kontaktowy: _____
4. Adres e-mail: _____

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

Miejscowość, data

Podpis kandydata