

Oświadczenie o zobowiązaniu się do poinformowania Zarządu Województwa o miejscu odpracowywania stypendium

Dane osobowe

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

Zobowiązuję się do poinformowania Zarządu Województwa o podjęciu zatrudnienia w wojewódzkim podmiocie leczniczym w terminie 30 dni od dnia jego rozpoczęcia.

Miejscowość, data

Podpis kandydata