

### **Oświadczenie o zobowiązaniu się do podjęcia zatrudnienia**

Imię i nazwisko:

---

Oświadczam, że po zakończeniu kształcenia, jednak nie później niż w ciągu 3 miesięcy od uzyskania uprawnień do wykonywania zawodu medycznego, podejmę zatrudnienie w wojewódzkim podmiocie leczniczym na okres pracy odpowiadający okresowi pobierania stypendium, liczony pełnymi latami.

---

Miejscowość, data

---

Podpis kandydata