

OŚWIADCZENIE

o zamiarze odpracowania pobranego stypendium

Oświadczam, że w przypadku przyznania mi stypendium odbędę staż i podejmę pracę w podmiocie leczniczym na terenie województwa opolskiego, który udziela świadczeń medycznych w ramach kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia, na okres pracy odpowiadający okresowi pobierania stypendium, liczony pełnymi latami, po uzyskaniu pełnego prawa wykonywania zawodu, nie później niż 10 miesięcy po jego uzyskaniu.

Jednocześnie oświadczam, iż dokonam wyboru specjalizacji lekarskiej, która jest deficytowa w podmiocie leczniczym, w którym podejmę zatrudnienie.

.....

miejsowość, data

.....

(podpis Studenta)

Preferowana specjalizacja lekarska*:

.....

Preferowany podmiot leczniczy*:

.....

*Informacja do celów statystycznych