Załącznik nr 3

do Regulaminu przyznawania stypendium

dla studentów

………………………………………

miejscowość i data

Imię i nazwisko: ……………………………………………………….

Telefon kontaktowy/e-mail: ……………………………………………

# Oświadczenie o podjęciu zatrudnienia

Oświadczam, że podejmę zatrudnienie w Powiatowym Centrum Zdrowia sp. z o.o.   
w Kartuzach po zakończeniu kształcenia, jednak nie później niż w ciągu 6 miesięcy od ukończenia studiów, na okres 5 lat.

…………………………………

(data i własnoręczny podpis)