

**Oświadczenie o zobowiązaniu do poinformowania Zarządu Województwa o odbywanej specjalizacji deficytowej oraz podmiocie leczniczym, w którym jest ona odbywana**

Imię i nazwisko:

---

Zobowiązuję się do poinformowania Zarządu Województwa o odbywanej specjalizacji deficytowej oraz podmiocie leczniczym, w którym jest ona odbywana w terminie 30 dni od dnia jej rozpoczęcia.

---

Miejscowość, data

---

Podpis kandydata