Poskytovatel zdravotních služeb

(název/jméno; sídlo; IČ, tel.; email)

V…………………… dne……………………….

**Prohlášení poskytovatele zdravotních služeb na území Ústeckého kraje**

Prohlašuji, že s žadatelem........................................................................................................... (jméno, příjmení, datum narození, trvale bytem) v případě jeho zařazení do Stipendijního programu „Stabilizace lékařů, zubních lékařů a farmaceutů v Ústeckém kraji“ uzavřu budoucí pracovní smlouvu.

................................................................................

Podpis a razítko poskytovatele zdravotních služeb