

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 nelékařských zdravotnických pracovníků v Ústeckém kraji“ uzavřu budoucí pracovní smlouvu.

.....
Podpis a razítko poskytovatele zdravotních služeb