***ПИСЬМЕННОЕ ОБЯЗАТЕЛЬСТВО СТУДЕНТА, НАПИСАННОЕ СОБСТВЕННОРУЧНО***

*В областное государственное бюджетное*

*учреждение здравоохранения «Парфеньевская районная больница»*

*от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*дата рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,*

 *проживающего(ей) по адресу:*

*телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*ИНН \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*СНИЛС \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Письменное обязательство.*

*Я, Иванов Иван Иванович, принимаю на себя обязательства отработать в должности врача-специалиста в областном государственном учреждении здравоохранения «Парфеньевская районная больница» по специальности не менее трех лет; о возврате в областной бюджет суммы, полученной в качестве ежемесячных выплат, в случаях моего отчисления из Федерального государственного образовательного учреждения высшего образования "Ивановская государственная медицинская академия" Министерства здравоохранения Российской Федерации или расторжения трудового договора до истечения трехлетнего срока по собственной инициативе или по инициативе работодателя (по основаниям, которые относятся к дисциплинарным взысканиям).*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  (подпись) |  (фамилия, имя, отчество)  | «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года |