

РЕПУБЛИКА БЪЛГАРИЯ
МИНИСТЕРСТВО НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО

Приложение № 1
към договор №/2013г.

ДЕКЛАРАЦИЯ

Долуподписаният (та)

.....
(трите имена)

лична карта № , издаден/а на
от
адрес.....
ЕГН , телефон.....

ДЕКЛАРИРАМ, че:

1. съм съгласен да получавам стипендия в размер на две минимални работни заплати за страната за срока на договора за финансиране на обучението ми за придобиване на специалност по проект BG051PO001 – 6.2.18 - 0001 „Нови възможности за лекарите в България”;

2. не получавам възнаграждение по трудов договор или от упражняване на икономическа дейност, за срока на договора за финансиране на обучението ми по проект BG051PO001 – 6.2.18 - 0001 „Нови възможности за лекарите в България”.

Декларатор:
(подпис)



Европейски съюз

BG051PO001 – 6.2.18 -0001

„Нови възможности за лекарите в България”

*Проектът се осъществява с финансовата подкрепа на
Оперативна програма „Развитие на човешките ресурси”,
съфинансирана от Европейския социален фонд на Европейския съюз:*

Инвестира във вашето бъдеще!



Европейски социален фонд