TAAHHÜTNAME

………………………… Hastanesinde görevlendirilmiş olmam nedeniyle ……………………….Hastanesinden herhangi bir şekilde döner sermaye katkı payı veya başka ad altında bir meblağ talep etmeyeceğimi taahhüt ediyorum.

Tarih:

İmza:

Adı Soyadı: