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: