ПРИЛОЖЕНИЕ

к Порядку предоставления

единовременных компенсационных

выплат медицинским работникам

Республики Бурятия

**СВЕДЕНИЯ**

**об отсутствии неисполненных обязательств по договору**

**о целевом обучении**

Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ФИО полностью)

настоящим подтверждаю отсутствие неисполненных обязательств по договору о целевом обучении.

Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(число, месяц, год) (подпись)