|  |  |
| --- | --- |
|  | РекторуПВНЗ «Київського медичного університету»Івнєву Б.Б.Прізвище Ім’я По батьковістудента(студентки) номер\_ групиномер\_ курсу, назва\_ факультету.Паспорт серія\_\_\_ №\_\_\_\_\_Дата видачіНомер телефону |

**Заява**

 Прошу Вас видати дублікат студентського квитка в зв’язку з втратою (або інша причина).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Прізвище Ім’я По батькові | підпис | дата |