|  |  |
| --- | --- |
|  | Ректору  ПВНЗ «Київського медичного університету»  Івнєву Б.Б.  Прізвище Ім’я По батькові  студента(студентки) номер\_ групи  номер\_ курсу, назва\_ факультету.  Паспорт серія\_\_\_ №\_\_\_\_\_  Дата видачі  Номер телефону |

**Заява**

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

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