Ректору ПВНЗ «Київський медичний університет» доктору медичних наук, професору
Івнєву Б. Б.
громадянина -(ки) ________________________
____
(Повна назва країни)
____
____
(Прізвище, ім'я, по батькові)
Адреса проживання: _______________________
____
Номер телефону: _________________________
Електронна адреса:
____

З А Я В А

Прошу Вас зарахувати мене на навчання у клінічній ординатурі зі спеціальності «____» .

Гарантую своєчасну оплату вартості навчання.

Список необхідних документів отримав(ла).

__________________ ____________________
(підпис) (розшифрування)

_____ _______________ 20___ рік