

Ректору ПВНЗ «Київський медичний
університет» доктору медичних наук,
професору

Івнєву Б. Б.

випускника (-ці) _____

(Повна назва вищого навчального закладу)

(Прізвище, ім'я, по батькові – повністю)

громадянина -(ки) _____

(Повна назва країни)

Адреса проживання: _____

Телефон: _____

E-mail: _____

@kmu.edu.ua

E-mail: _____

З А Я В А

Прошу Вас дозволити мені навчатися у клінічній ординатурі зі спеціальності
« _____ ».

Гарантую своєчасну оплату вартості навчання.

_____ 20__ рік