

Ректору ПВНЗ «Київський медичний
університет» доктору медичних наук,
професору **Івнєву Б. Б.**
громадянина -(ки)

(Повна назва країни)

(Прізвище, ім'я, по батькові)

який -(ка) у _____ році закінчив -(ла)

(Повна назва закладу вищої освіти)

Номер телефону: _____

Електронна адреса: _____

З А Я В А

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

Мова навчання українська / англійська (підкреслити).

З порядком оплати за надання освітніх послуг у клінічній ординатурі, що передбачає мінімальний платіж у розмірі половини вартості оплати за навчальний рік, ознайомлений(а).

Гарантую своєчасну оплату вартості навчання.

Список необхідних документів отримав(ла).

Зобов'язуюся протягом одного тижня від дати зарахування отримати адресу корпоративної пошти в ІТ-відділі Університету, не менше, ніж двічі на тиждень перевіряти пошту на наявність листів, і в разі несвоєчасного виконання вимог, зазначених у листі, нести персональну відповідальність

_____ 2021 рік

(підпис)

(ініціали)