



КИЇВСЬКИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
KYIV MEDICAL UNIVERSITY
EST.1992



Ректору ПВНЗ «Київський
медичний університет»
д.мед.н., проф. Івнєву Б.Б.
ПІБ _____
тел.: _____
e-mail: _____

Заява

Прошу видати мені дублікат сертифіката лікаря-спеціаліста/провізора-спеціаліста (необхідне підкреслити) за спеціальністю « _____ » у зв'язку з втратою оригіналу.

Дата

Підпис

POSTGRADUATE
FACULTY
— KYIV MEDICAL UNIVERSITY —