



КИЇВСЬКИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
KYIV MEDICAL UNIVERSITY
EST.1992



Ректору ПВНЗ «Київський
медичний університет»
д.мед.н., проф. Івнєву Б.Б.
лікаря-інтерна (провізора-інтерна)
за спеціальністю «_____»
ПІБ _____
тел.: _____
e-mail: _____@kmu.edu.ua

Заява

Прошу дозволити вносити оплату за навчання в інтернатурі за спеціальністю
«_____» помісячно з «__» _____ 20__ р. у зв'язку з
_____.

Дата

Підпис

POSTGRADUATE
FACULTY
— KYIV MEDICAL UNIVERSITY —