



КИЇВСЬКИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
KYIV MEDICAL UNIVERSITY  
EST.1992

вул. Бoryпiлська, 2  
м. Київ, 02099

2 Borypilska Street  
Kyiv, 02099, Ukraine

tel. +38(044) 567-29-29

info@kmu.edu.ua  
www.kmu.edu.ua

код ЄДПНОУ/  
EDPNOU code  
16478809

**KMU Polish  
Branch  
Campus**

вул. Броцлавська, 129  
м. Вiтoм, 41-902, Пoльшa

129 Wroslawska Street  
Bytom, 41-902, Poland

tel. +48 451 018 004

polishcampus@kmu.edu.ua



**International  
Accreditation**

**General  
Medical  
Council**



*To Rector of the  
"Kyiv Medical University"  
Prof. Borys IVNYEV*

**Specialty:**

Medicine  Dentistry  Pharmacy

\_\_\_\_\_  
*Name, Surname*

**APPLICATION**

I, \_\_\_\_\_  
citizen of \_\_\_\_\_, passport № \_\_\_\_\_,  
ask to accept me as a **FREE MOVER** for the \_\_\_\_\_ year of study \_\_\_\_\_  
semester, Study Program:

Medicine  Dentistry  Pharmacy, Industrial Pharmacy

at the **Private Higher Educational Establishment "Kyiv Medical University"  
(Polish Campus)** for the period from \_\_ \_\_. \_\_ \_\_. 2022 till the moment I get  
enrolled as a **Full-Time student** of the Private Higher Educational Establishment  
"Kyiv Medical University" (Polish Campus).

**I ask to recognize all learning outcomes, which will be obtained during the  
abovementioned period and award me a corresponding number of ECTS  
Credits.**

**I AM AWARE AND ACCEPT, THAT:**

In order to be enrolled as a **Full-Time student** of the Private Higher Educational  
Establishment "Kyiv Medical University" (Polish Campus) I have to submit the  
following documents to the KMU admission office in Poland or arrange delivery of  
this documents to KMU Rectorate in Kyiv, Ukraine:

1. Original of the School Certificate with the subjects and grades.
2. Original of the Academic Transcript issued by the previous University.
3. Original of Birth Certificate.
4. Passport (copy).

DATE: \_\_\_\_\_

SIGNATURE: \_\_\_\_\_



## Додаток 1

*Ректору  
«Київського медичного університету»  
проф. Борису ІВНЄВУ*

**Спеціальності:**

Медицина  Стоматологія  Фармація

\_\_\_\_\_  
*Прізвище, ім'я, по-батькові*

### ЗАЯВА

Я, \_\_\_\_\_  
громадянин(ка) \_\_\_\_\_ паспорт \_\_\_\_\_,  
прошу прийняти мене як **СЛУХАЧА** на \_\_\_\_\_ рік навчання  
\_\_\_\_\_ семестр, освітня програма:

Медицина  Стоматологія  Фармація, промислова фармація   
у **Приватний вищий навчальний заклад «Київський медичний університет» (Польський кампус)** на період \_\_\_\_. \_\_\_\_. 2022 до моменту зарахування на денну форму навчання у **Приватний вищий навчальний заклад «Київський медичний університет» (Польський кампус)**.

Прошу визнати результати навчання, які будуть отримані протягом вищезазначеного періоду, і надати мені відповідну кількість кредитів ECTS.

### Я ПРОІНФОРМОВАНИЙ ТА ПРИЙМАЮ ТЕ, ЩО:

Для того, щоб бути зарахованим студентом денної форми навчання до Приватного вищого навчального закладу «Київський медичний університет» (Польський кампус) мені необхідно подати до приймальної комісії КМУ в Польщі або організувати доставку цих документів до ректорату КМУ в м. Київ, Україна:

1. Атестат про повну загальну середню освіту з додатком.
2. Оригінал академічної довідки, виданої попереднім університетом.
3. Оригінал свідоцтва про народження.
4. Копію паспортного документа.

Дата: \_\_\_\_\_

Підпис: \_\_\_\_\_

вул. Бориспільська, 2  
м. Київ, 02099

2 Boharypilska Street  
Kyiv, 02099, Ukraine

tel. +38 (044) 567-20-29

info@kmu.edu.ua  
www.kmu.edu.ua

код ЄДРПОУ/  
EDPNOU code  
16478909

**KMU Polish  
Branch  
Campus**

вул. Вроцлавська, 120  
м. Вроцлав, 41-902, Польща

120 Wroclawska Street  
Wroclaw, 41-902, Poland

tel +48 461 918 004

polishcampus@kmu.edu.ua



**International  
Accreditation**

**General  
Medical  
Council**

