



КИЇВСЬКИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
KYIV MEDICAL UNIVERSITY
EST.1992



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

Заява

Прошу дозволити мені повторно пройти освітню частину інтернатури за спеціальністю «Стоматологія» за індивідуальним графіком.

Оплату гарантую.

Дата

Підпис

POSTGRADUATE
FACULTY

— KYIV MEDICAL UNIVERSITY —