



Ректору ПВНЗ «Київський
медичний університет»
проф. Борису ІВНЄВУ

(ПІБ)

(номер телефону)

(електронна поштова адреса)

(вул., будинок, квартира, місто, область, район, індекс)

(курс, семестр)

ОПП «Медицина»/ОПП «Стоматологія»/ОПП «Фармація, промислова фармація»/ОПП «Клінічна психологія»

(освітня програма)

Заява

Прошу вас надати мені індивідуальний графік навчання на ОПП «Стоматологія»/ ОПП «Медицина»/ ОПП «Фармація, промислова фармація»/ ОПП «Клінічна психологія» у 2024-2025 навчальному році.

Оплату за індивідуальний навчальний графік гарантую.

Дата

Підпис