



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 дозволити мені оплачувати за навчання помісячно за ___ курс,
___ семестр у 202__-202__ навчальному році у зв'язку з
_____ (вказати причину).

До заяви додаю:

- довідка _____.

Дата

Підпис