Ректору ПВНЗ «Київський медичний університет»
Борису ІВНЄВУ

прізвище, ім'я, по батькові	
громадянин	
Паспорт (ID картка)	серія ___ № _____ дата видачі __.__.____ орган, що видав:
РНОКПП (за наявності)	
зареєстроване місце проживання за адресою	
фактичне місце проживання за адресою	
Випускник	факультету
	року
телефон	+
email	

ЗАЯВА

Прошу відправити на моє ім'я мої *(підкреслити необхідне)*:

- дублікат диплому,
- додаток до диплому,

на електрону пошту

вказати електронну пошту друкованими літерами

Я ознайомлений з ризиками пов`язаними з передачею дублікату електронною поштою, усвідомлюю, що Університет не несе відповідальності за доставку мені відповідних документів, відправлених у спосіб, зазначений у цій заяві.

_____ _____
підпис Ім'я та ПРІЗВИЩЕ

«____» _____ 2023 року