

Ректору ПВНЗ «Київський медичний  
університет»  
Борису ІВНСВУ

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

- дублікат диплому: серія \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ дата видачі \_\_\_\_\_,
  - дублікат додаток до диплому № \_\_\_\_\_ дата видачі \_\_\_\_\_,
- за допомогою оператора експрес-доставки / поштового зв'язку / кур'єрської служби

\_\_\_\_\_ *вказати назву служби кур'єрської доставки*

на адресу

\_\_\_\_\_ *вказати повну адресу доставки чи номер відділення/поштомоту.*

Я ознайомлений зі змістом дублікату диплому та/або додатку до диплому та підтверджую, що відомості, зазначені у цих документах, вірні.

Я зобов'язуюсь забезпечити виїзд кур'єра для отримання відправлення за адресою вул. Бориспільська, 2, місто Київ, Україна, та оплатити відповідні послуги оператора експрес-доставки / поштового зв'язку / кур'єрської служби.

Я усвідомлюю, що Університет не несе відповідальності за доставку мені відповідних документів, відправлених у спосіб, зазначений у цій заяві.

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2023 року

\_\_\_\_\_ підпис

\_\_\_\_\_ ім'я та ПРІЗВИЩЕ

**Службові відмітки (заповнює працівник Університету)**

Особа заявника ідентифікована

\_\_\_\_\_ посада  
« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2023 року

\_\_\_\_\_ підпис

\_\_\_\_\_ ім'я та ПРІЗВИЩЕ