



**Ректору ПВНЗ «Київський
медичний університет»
проф. Борису ІВНЄВУ**

[illegible]

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

вказати повну адресу доставки чи номер відділення/поштомапу.

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.

Дата

Підпис

Ім'я та ПРІЗВИЩЕ