

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

АДМІНІСТРАЦІЯ _____

(найменування медичного закладу)

не заперечує проти проходження виробничої практики _____

(найменування виробничої практики)

Здобувача освіти ОПП «Стоматологія» _____ курсу, _____ групи

(прізвище, ім'я, по батькові)

На базі _____

(назва медичного закладу)

(вказати повну адресу місцезнаходження даного закладу)

База відповідає вимогам програми виробничої практики.(Наказ від 09.04.1993 №93)
Фінансових претензій до Університету за проходження практики висунуто не буде.

Керівник від бази практики _____

(ПІБ, посада, конт. тел.)

Головний лікар (директор) _____

М.П.

(підпис)

(прізвище, ініціали)