|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | В.о. ректора Донецького національного |
|  | медичного університету  |
|  | професору Єрмолаєвій М.В. |
|  | студента медичного факультету № 2 |
|  | \_\_\_\_\_\_\_ курсу,\_\_\_\_\_\_\_\_ групи, спеціальність \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_навчалась за рахунок (бюджету/контракту) |
|  | П.І.Б. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

 Тел.: (обов’язково) |

Заява

Прошу дозволити переведення з Донецького національного медичного університету \_\_\_\_\_\_\_ курсу (бюджетної / контрактної) форми навчання за спеціальністю \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ до \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

(назва ВНЗ)

Дата Підпис