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