

Ректору
Української медичної
стоматологічної академії
професору Ждану В.М.

випускника (ці) медичного
/стоматологічного факультету
Української медичної
стоматологічної академії
2019 року (вказати рік та Вуз,
який закінчили)

(прізвище, ім'я, по батькові повністю)

ЗАЯВА

Прошу Вас дозволити навчання в очній частині інтернатури на
умовах контракту з фаху «_____»
на базі академії.

Заочна частина навчання на базі

(повна назва лікарні)

Дата

Підпис