



ПРИВАТНИЙ ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД «КИЇВСЬКИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»

Ректору ПВНЗ «Київський
медичний університет»
Борису ІВНЄВУ

Відомості про заявника	
Прізвище, ім'я та по батькові:	
Адреса місця проживання (реєстрації):	
Номер телефону:	
Адреса електронної пошти:	

Оберіть знаком «✓» форму здобуття освіти, рівень освіти та освітню програму, на якій навчаєтесь в КМУ

Форма здобуття освіти	Рівень освіти	Назва освітньої програми (спеціальності)
Денна	Фаховий молодший бакалавр	Медицина
Вечірня	Бакалавр	Стоматологія
Заочна	Магістр	Фармація, промислова фармація
	Доктор філософії	Клінічна психологія
		Менеджмент в охороні здоров'я

Заява

Прошу відрахувати мене зі складу здобувачів освіти ПВНЗ «Київський медичний університет» за власним бажанням.

□□ . □□ . □□□□
дата

особистий підпис

ім'я та прізвище