

Ректору ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

Проф. Смолянці В.І.

Лікаря *спеціальність*

Прізвище Ім'я По-батькові

Моб. Тел.. +380*****

Електронна пошта

Заява

Прошу Вас допустити мене до участі в конкурсному відборі для вступу до лікарської резидентури за спеціальністю «Нейрохірургія».

Дата

Підпис /Прізвище І.П./