

Ректору закладу вищої освіти БДМУ

проф.

Ігорю ГЕРУШУ

(посада, кафедра або найменування підрозділу (в родовому відмінку))

(прізвище, ім'я, по батькові (в родовому відмінку))

ЗАЯВА

Прошу допустити мене до участі у конкурсі для вступу до аспірантури за заочною формою навчання за спеціальністю (І1 Стоматологія / І2 Медицина / І3 Педіатрія / І5 Медсестринство) за рахунок коштів фізичних (юридичних) осіб.

Дата

Підпис