

Ректору Медицинского университета «Реавиз»
Прохоренко Инге Олеговне
от абитуриента

(ФИО полностью)

Дата рождения: _____

Гражданство: _____

Документ, удостоверяющий личность: _____

серия _____ № _____

Когда выдан: _____

Кем выдан: _____

СНИЛС: _____

Почтовый адрес (с указанием почтового индекса): _____

Контактные телефоны: _____

E-mail: _____

**ЗАЯВЛЕНИЕ
об отказе от зачисления**

Отказываюсь от зачисления в Университет на следующие условия поступления:

№	Заявление №	Направление и образовательные программы	Форма обучения	На места

« ____ » _____ 2024 г.

(подпись абитуриента)

Подпись работника приемной комиссии
