

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
