

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 отзыве документов**

Отзываю свое Заявление о приеме № _____ от « ____ » _____ 2024 г.,
поданное в Университет, и прошу вернуть ранее предоставленные оригиналы документов
согласно расписки, выданной при их подаче. Способ возврата оригиналов документов:

« ____ » _____ 2024.

(подпись абитуриента)

Подпись работника приемной комиссии
