

Ректору ВДНЗУ «Українська медична
стоматологічна академія»
професору Ждану В.М.

лікаря _____

(прізвище, ім'я та по батькові (повністю))

ЗАЯВА

Прошу допустити мене до складання вступних іспитів для вступу до
(аспірантури, магістратури, клінічної ординатури) (потрібне вписати) з фаху
« _____ » (вказати державна чи
контрактна форма навчання).

Дата

Підпис