

Ректору ФГБОУ ВО Тверской ГМУ
Минздрава России
проф. Чичановской Л.В.
от

Ф.И.О.

Образовательное учреждение, класс

З А Я В Л Е Н И Е

Я, _____,
(ФИО)

паспорт серия _____ № _____, кем выдан _____

дата выдачи _____, прошу зачислить меня на платную
одногодичную вечернюю школу «Юный медик» ФГБОУ ВО Тверского ГМУ
Минздрава России.

Контактный телефон (+ тел. родителей/законных представителей):

Электронная почта: _____

Дата: _____

Подпись: _____