|  |
| --- |
| Ректору ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России  профессору В.А. Лазаренко  студента(тки)\_\_\_\_курса\_\_\_\_группы  лечебного факультета очной формы обучения бюджетной (внебюджетной) основы обучения  Ивановой Анастасии Александровны  Тел:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

заявление.

Прошу Вас разрешить помесячную оплату обучения в связи с (указать причину). Оплату в размере \_\_\_\_\_\_\_ произвел(а).

Копию квитанции прилагаю.

Дата Подпись (расшифровка подписи ФИО)