

Ректору
Частного учреждения образовательной
организации высшего образования «Медицинский
университет «Реавиз» И.О. Прохоренко
от абитуриента

Дата рождения:
Гражданство: Российская Федерация
Документ, удостоверяющий личность:
Почтовый адрес:
Контактный телефон:
Электронный адрес:

**ЗАЯВЛЕНИЕ
об отказе от зачисления**

Отказываюсь от зачисления в Частное учреждение образовательная организация высшего образования «Медицинский университет «Реавиз» на следующие условия поступления:

№	Заявление №	Направление и образовательные программы	Форма обучения	На места

«-----» 2024 г.

(подпись абитуриента)

Подпись работника приемной комиссии
