Ректору

ВНКЗ ЛОР «Львівська медична академія імені Андрея Крупинського»

д.мед.наук., професору

Кривку Ю.Я.

студента (ки) факультету\_\_\_

групи

спеціальність « »

ПІБ студента(ки) *(в Родовому відмінку, наприклад, Іванової Ірини Іванівни)*

телефон

ЗАЯВА

Прошу Вашого дозволу на відстрочку оплати за навчання у розмірі

грн. за *(вказати за який період)* відповідно до договору про навчання від № у зв’язку з *(вказати причину).*

Зобов’язуюсь ліквідувати заборгованість за навчання у строк до

.

У разі невиконання цього зобов’язання я попереджений співробітниками деканату про відрахування мене з числа студентів ВНКЗ ЛОР «Львівська медична академія імені Андрея Крупинського» згідно з Законом України «Про вищу освіту».

Необхідні документи додаю.

(Дата) (підпис)