В.о.ректора

КЗВО ЛОР «Львівська медична академія

імені Андрея Крупинського»

проф. Кривку Ю.Я.

студента (ки) групи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(прізвище, ім`я, по-батькові)

(телефон)

**ЗАЯВА**

Прошу Вашого дозволу на відтермінування 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 термін до \_\_\_\_\_\_\_.

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

Необхідні документи додаю.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(*дата*) *(підпис)*