

В.о. ректора
КЗВО 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 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 строк 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)