Ректорові

КЗВО ЛОР «Львівська медична академія

імені Андрея Крупинського»

проф. Кривку Ю.Я.

студента\_\_ групи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(прізвище, ім`я, по-батькові)

(телефон)

державна/контрактна форма навчання

Заява

Прошу відрахувати мене зі складу студентів факультету 2 КЗВО ЛОР «Львівська медична академія імені Андрея Крупинського» за власним бажанням, в зв`язку з \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

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

(дата) (підпис)