Ректору Ташкентской медицинской

академии профессору

А. К. Шадманову,

От\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Гражданина Республики Узбекистан

Дата рождения: . . г

Паспорт серия:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Выдан:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Адрес проживания:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

E-mail:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Телефон:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Заявление.

Прошу Вас разрешить мне принять участие во вступительных экзаменах на совместную образовательную программу Ташкентской медицинской академией и Казанского Государственного медицинского университета по направлению «Лечебное дело».

Об условиях и сроках обучения ознакомлен.

Дата:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ф.И.О. подпись: