Ректору НОЧУ ВО «Кубанский медицинский институт»
д.м.н., проф. Ю.М. Перову

поступающего(-ей)_____
фамилия

_____
имя, отчество (при наличии)

Заявление

Я, _____,
ФИО полностью

прошу отозвать моё заявление о согласии на зачисление на платную форму обучения в НОЧУ ВО «Кубанский медицинский институт» по специальности
_____
Наименование специальности

Дата_____

Подпись_____