

РАСТОРЖЕНИЕ ДОГОВОРА

Ректору ФГБОУ ВО ПСПбГМУ
им. И.П. Павлова Минздрава РФ
академику РАН, профессору
С.Ф. Багненко

ЗАЯВЛЕНИЕ

об отказе от зачисления на места с оплатой стоимости обучения

Я, _____

№ дела _____ прошу отозвать мое заявление о зачислении на места
с оплатой стоимости обучения, поданное мною " _____ " _____ 20 _____ г. на

(↓ выберите **ОДИН** пункт)

- специальность 31.05.01 лечебное дело
- специальность 31.05.02 педиатрия
- специальность 31.05.03 стоматология
- специальность 31.05.03 хозрасчетное отделение стоматологического факультета
- специальность 37.05.01 клиническая психология
- специальность 30.05.01 медицинская биохимия
- специальность 30.05.03 медицинская кибернетика
- направление подготовки 49.03.02 физическая культура для лиц с отклонениями в состоянии здоровья
- направление подготовки 34.03.01 сестринское дело
- направление подготовки 32.04.01 общественное здравоохранение
- направление подготовки 34.04.01 управление сестринской деятельностью
- направление подготовки 06.04.01 биология

Дата: " _____ " _____ 20 _____ г.

Подпись поступающего _____ (_____)
Фамилия И.О.