

Директору
закладу фахової передвищої освіти
фахового медико-фармацевтичного коледжу
Полтавського державного
медичного університету Наталії КУЦЕНКО
Студента (ки) _____ групи, _____ курсу
Спеціальності 221 Стоматологія

ЗАЯВА

Відповідно до р.3 п.4 постанови Кабінету Міністрів України від 17.09.1996 р.
№ 1138 «Про затвердження переліку платних послуг, які надаються в державних закладах
охорони здоров'я та вищих медичних закладах освіти», прошу надати мені дозвіл на
відпрацювання занять з дисциплін циклу загальної та професійної підготовки, що були мною
пропущені з неповажних причин:

З порядком і термінами відпрацювання пропущених занять без поважних причин
ознайомлений (на).

Дата

Підпис

Кількість пропущених годин:
_____ (_____)

Заступник директора з навчальної роботи _____

Сума до оплати _____ (_____)

Банківські реквізити

фахового медико-фармацевтичного коледжу

Одержувач: Полтавський державний медичний університет

Банк Державна казначейська служба України, м. Київ

ЄДРПОУ 43937407

р/р UA 078201720313201003201057804

Призначення платежу: за пропущені заняття (в фаховому медико-фармацевтичному коледжі)

П.І.П. студента, відділення, курс.

Економіст _____