

Директору МРНЦ им. А.Ф. Цыба-
филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии»
Минздрава России
д.м.н. Иванову С.А.

фамилия, имя, отчество (при наличии), паспортные данные

ЗАЯВЛЕНИЕ

ОБ ОТЗЫВЕ ЗАЯВЛЕНИЯ О СОГЛАСИИ НА ЗАЧИСЛЕНИЕ

Отзываю свое согласие на зачисление в МРНЦ им. А.Ф. Цыба - филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, поданное от «_____» _____ 2020 г.

наименование специальности: _____

условия поступления: _____

(в рамках контрольных цифр приема (по общему конкурсу, по целевой квоте) / по договорам об оказании платных образовательных услуг)

Причина _____

Претензий к приемной комиссии не имею

«_____» _____ 2020 г.
дата

подпись

Ф.И.О.