

## ЗАЯВА-АНКЕТА

Я, \_\_\_\_\_  
(прізвище, ім'я , по батькові)

прошу зарахувати мене на підготовчі курси Дніпропетровської державної медичної академії. Умови навчання зобов'язують виконувати.

Про себе повідомляю:

1. Місце проживання \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2. Рік народження \_\_\_\_\_

3. Освіта \_\_\_\_\_

4. Що і коли закінчив \_\_\_\_\_

5. Паспорт, серія, номер \_\_\_\_\_

6. Телефон \_\_\_\_\_

7. Електронна адреса \_\_\_\_\_

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 201\_\_ р.

Підпис \_\_\_\_\_