

Ректору ФГБОУ ВО СибГМУ Минздрава России
Куликову Е.С.

(от)

фамилия

имя

отчество (при наличии)

факультет (институт,
колледж)

специальность

(направление
подготовки)

курс

группа

форма обучения

основа обучения

телефон

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу оказать мне материальную поддержку в связи с _____

Дата _____

Подпись _____