

Ректору
Чернівецького національного
університету імені Юрія Федьковича
проф. Роману ПЕТРИШИНУ
студента (-ки) ____ курсу ____ групи
денної форми навчання
факультету фізичної культури
та здоров'я людини
спеціальності
*(«Фізична культура і спорт»,
«Середня освіта (фізична культура)»,
«Фізична терапія, ерготерапія»)*
(Ім'я, прізвище)
(у родовому відмінку)
моб. тел. _____

Заява

Прошу дозволити по частково оплатити за навчання у I (II) семестрі
20__ – 20__ н.р.:

I оплата – _____ грн. – до __.__.20__ р.;

II оплата – _____ грн. – до __.__.20__ р.;

(дата)

(підпис)