|  |  |
| --- | --- |
| ЗАЯВЛЕНИЕ\_\_\_.\_\_\_.20\_\_ | Ректору УО «Белорусский государственный медицинскийуниверситет»Рубниковичу С.П.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Фамилия Имя Отчество *(в род.падеже)*проживающего по адресу*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Тел.+375 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* |

 Прошу не осуществлять мне оплату за научное руководство соискателем ученой степени *кандидата медицинских наук Фамилия Имя Отчество* по специальности *14.01.ХХ – название специальности* с \_\_\_.\_\_\_.20\_\_\_.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *Расшифровка подписи*