|  |  |
| --- | --- |
| ЗАЯВЛЕНИЕ  \_\_\_.\_\_\_.20\_\_ | Ректору УО «Белорусский государственный медицинский  университет»  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*