

Директору БПОУ ОО «Орловский базовый  
медицинский колледж» В.В. Орлову  
обучающегося на основании договора  
об оказании платных образовательных услуг  
на \_\_\_\_\_ курсе очной формы обучения  
по специальности \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(ФИО полностью (отчество – при наличии))

заявление.

Я, \_\_\_\_\_,

(ФИО)

прошу рассмотреть вопрос о снижении платы за обучение в связи с

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

(указать обоснование снижения)

Приложение:

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

п \_\_\_\_\_

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

подпись обучающегося

расшифровка подписи