

Директору БПОУ ОО «Орловский базовый
медицинский колледж»
Труфанову А.С.

от студента(-ки) группы _____
специальности: _____
формы обучения: _____

(Ф.И.О (при наличии) обучающегося полностью)
тел. _____
адрес регистрации: _____

заявление.

Прошу рассмотреть вопрос о возможности снижения стоимости платных образовательных услуг по договору № _____ об образовании на обучение по образовательным программам среднего профессионального образования от « ____ » _____ 20 ____ г. в связи с _____

_____.
Дисциплинарных взысканий, задолженностей по оплате обучения, академической задолженности не имею. К данному заявлению прилагаю следующие документы:

1. _____
2. _____
3. _____

Дата: « ____ » _____ 20 ____ г.

Личная подпись обучающегося _____ / _____ /

Заявление получено: ____ час. ____ мин. « ____ » _____ 20 ____ г.

вх.№ _____

Заведующий отделением по специальности 31.02.01 Лечебное дело/34.02.01
Сестринское дело

_____ / _____ /

подпись

Комплект документов получен: « ____ » _____ 20 ____ г.

Секретарь Комиссии по снижению
стоимости платных образовательных услуг _____ / _____ /