

Директору ДУ "Національний  
інститут серцево-судинної хірургії  
імені М. М. Амосова НАМН України"  
акад. **Лазоришинцю В. В.**  
Випускника (ЗВО, рік закінчення)

---

---

ПІБ \_\_\_\_\_

---

Ел. пошта, тел. \_\_\_\_\_

---

### **Заява**

Прошу зарахувати мене на освітню частину (практичну частину або повний цикл) проходження інтернатури за спеціальністю \_\_\_\_\_ («Хірургія», «Анестезіологія та інтенсивна терапія», «Внутрішні хвороби») в ДУ "Національний інститут серцево-судинної хірургії імені М. М. Амосова НАМН України" за рахунок фізичних (юридичних) осіб.

Вчасну оплату гарантую.

«\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2023 року

\_\_\_\_\_  
(підпис)