



**Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы
«Московский многопрофильный клинический центр
«Коммунарка»
Департамента здравоохранения города Москвы»**

**Председателю приемной комиссии
заведующему Учебным центром,
д.м.н., профессору Борщеву Г.Г.**

Заявление

От _____
(ФИО полностью)

Направление/специальность (по конкурсу):

Прошу Вас изменить место проведения вступительных испытаний с

наименование учреждения

На место проведения вступительных испытаний

наименование учреждения

Дата _____

Подпись _____

* допустимы только официальные сокращения