

Ректору Частного учреждения  
образовательной организации  
высшего образования  
«Московский  
медицинский университет  
«Реавиз»  
Д.м.н., проф. С.И. Буланову

### ЗАЯВЛЕНИЕ ОБ ОТЗЫВЕ ДОКУМЕНТОВ

От гр. \_\_\_\_\_

Фамилия _____	Реквизиты документа, удостоверяющего личность: _____
Имя _____	серия _____ № _____
Отчество _____ (при наличии)	Когда выдан: _____
Дата рождения _____	Кем выдан: _____
Место рождения _____	_____
Пол (м., ж.) _____	СНИЛС: _____
Сведения о гражданстве (отсутствии гражданства) _____	

Адрес постоянной регистрации (с указанием индекса): \_\_\_\_\_

(адрес постоянной регистрации, если адрес регистрации и проживания не совпадает – указываются оба адреса)

Адрес проживания: \_\_\_\_\_

(адрес постоянной регистрации, если адрес регистрации и проживания не совпадает – указываются оба адреса)

Телефон: \_\_\_\_\_, мобильный \_\_\_\_\_  
(с указанием кода города)

Адрес (адреса) электронной почты \_\_\_\_\_.

Настоящим заявлением уведомляю Вас об отзыве своего заявления о приеме № \_\_\_\_\_ от \_\_. \_\_. 2025 г., поданное в частное учреждение образовательную организацию высшего образования «Московский медицинский университет «Реавиз», и прошу вернуть ранее представленные оригиналы документов. Способ возврата оригиналов документов: лично поступающему (доверенному лицу).

**Подпись поступающего (доверенного лица)**

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ "\_\_\_\_" \_\_\_\_\_ 2025 г.  
Ф.И.О.

**Подпись ответственного сотрудника приемной комиссии:**

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ "\_\_\_\_" \_\_\_\_\_ 2025 г.  
Ф.И.О.

