

---

(studento vardas, pavardė, reg. numeris)

---

(fakultetas, studijų programa, kursas, grupė)

---

(telefono numeris, elektroninio pašto adresas)

Lietuvos sveikatos mokslų  
universiteto Rektoriui

## P R A Š Y M A S

---

(data)

Kaunas

### **Dėl mokesčio už studijas mokėjimo termino atidėjimo**

Prašau leisti mokestį už \_\_\_\_\_ m.m. \_\_\_\_\_ semestro  
studijas sumokėti iki \_\_\_\_\_ .  
(nurodyti datą)

PRIDEDAMA: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

---

(studento parašas)

---

(studento vardas, pavardė)

TARPININKAUJU:

Fakulteto dekanas(-ė)

---

(vardas, pavardė, parašas)