\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Vardas, Pavardė)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Telefono numeris, elektroninio pašto adresas)

Lietuvos sveikatos mokslų universiteto rektoriui

**PRAŠYMAS**

**DĖL DIPLOMO DUBLIKATO IŠDAVIMO**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(data)

Kaunas

Prašau išduoti diplomo dublikatą vietoje dingusio diplomo \_\_\_\_\_\_\_Nr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (serija) (numeris)

registracijos Nr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, išduoto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

 (data)

................................................................ .................................

 (Vardas, Pavardė) (Parašas)