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

(Vardas, Pavardė)

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

(Telefono numeris, elektroninio pašto adresas)

Lietuvos sveikatos mokslų universiteto rektoriui

**PRAŠYMAS**

**DĖL DIPLOMO PRIEDO DUBLIKATO IŠDAVIMO**

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

(data)

Kaunas

Prašau išduoti diplomo priedo dublikatą vietoje dingusio diplomo priedo

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

 (numeris) (data)

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

 (Vardas, Pavardė) (Parašas)