

“ზაუინთერნეიშენალ უნივერსითი, ბათუმი“ სასწავლო უნივერსიტეტის
სასწავლო ხელშეკრულება (ერთსაფეხურიანი პროგრამა “მედიცინა“)

----- სასწავლო წელი

სტუდენტის გვარი, სახელი	
პირადი ნომერი	
მოქალაქეობა	
ფაკულტეტი	
საგანმანათლებლო პროგრამა	
უნივერსიტეტში ჩარიცხვის წელი	
ჩარიცხვის ბრძანების ნომერი	

სავალდებულო სასწავლო კურსები				
№	სასწავლო კურსი	კრედიტი	სემესტრი	შენიშვნა
1				
2				
3				
4				
5				
6				
სულ ECTS				
არჩევითი სასწავლო კურსები				
№	სასწავლო კურსი	კრედიტი	სემესტრი	შენიშვნა

სულ ECTS				
ხელმეორედ შესასწავლი სასწავლო კურსები				
№	სასწავლო კურსი	კრედიტი	სემესტრი	შენიშვნა

სტუდენტი			
<p>ვადასტურებ, რომ ვიცნობ საგანმანათლებლო პროგრამების განხორციელების წესს და განსაზღვრული აკადემიური რეგისტრაციის გავლის მიზნით ვდებ წინამდებარე ხელშეკრულებას.</p>			
თარიღი:			
ხელმოწერა:			
ფაკულტეტი			
<p>ვადასტურებ, რომ საგანმანათლებლო პროგრამების განხორციელების წესის მოთხოვნათა შესაბამისად სტუდენტმა ___ - ___ სასწავლო წლისათვის აკადემიური რეგისტრაციის გავლის მიზნით ფაკულტეტთან გააფორმა წინამდებარე სასწავლო ხელშეკრულება.</p>			
ფაკულტეტის დეკანი		საერთაშორისო მარკეტინგისა და სტუდენტთა მომსახურების სპეციალისტი	
თარიღი:		თარიღი:	
ხელმოწერა:		ხელმოწერა:	