	Ректору НОЧУ ВО «Кубанский медицинский институт» д.м.н., проф. Ю.М. Перову
	д.м.н., проф. Ю.м. Перову
	поступающего(-ей)
	имя, отчество (при наличии)
Заявление о сог	гласии на зачисление на платную форму обучения
Я,	
	ФИО полностью
с правилами приема ознак обучения на специальность	сомлен(-на) и согласен(-на) с зачислением на платную форму
	наименование специальности
Справочно— выберите одну 31.05.01 Лечебное дело 31.05.02 Педиатрия 31.05.03 Стоматология	у из специальностей:
удостоверяющего образова а также о необходимости	ие о возможности предоставления оригинала документа, ние соответствующего уровня, в течение первого года обучения, прохождения обязательных предварительных медицинских течение первого года обучения.
	Дата
	Подпись