Ректору НОЧУ ВО «Кубанский медицинский институт»
д.м.н., проф. Ю.М. Перову

поступающего(-ей)_____
фамилия

_____
имя, отчество (при наличии)

Заявление о согласии на зачисление на платную форму обучения

Я, _____,
ФИО полностью

с правилами приема ознакомлен(-на) и согласен(-на) с зачислением на платную форму обучения на специальность

_____
наименование специальности

Справочно – выберите одну из специальностей:
31.05.01 Лечебное дело
31.05.02 Педиатрия
31.05.03 Стоматология

Подтверждаю уведомление о возможности предоставления оригинала документа, удостоверяющего образование соответствующего уровня, в течение первого года обучения, а также о необходимости прохождения обязательных предварительных медицинских осмотров (обследований) в течение первого года обучения.

Дата_____

Подпись_____