

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 _____

Ознакомлен об отсутствии аккредитации НОЧУ ВО «Кубанский медицинский институт»

Подпись _____