

Ректору ФГБОУ ВО ВолгГМУ
Минздрава России
В.В.Шкарину

ЗАЯВЛЕНИЕ О СОГЛАСИИ НА ЗАЧИСЛЕНИЕ

Я, _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии))

согласен на зачисление в федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (далее - Университет) **на места по договорам об оказании платных образовательных услуг для обучения по основной профессиональной образовательной программе высшего образования - программе бакалавриата/программе специалитета** _____

Без оригинала документа об образовании недействительно

_____.2022

(подпись)

(ФИО)