

ЗАЯВЛЕНИЕ О СОГЛАСИИ НА ЗАЧИСЛЕНИЕ

Я, Шваков Иван Иванович
(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 Лечебное дело

Без оригинала документа об образовании недействительно

29 июня .2022

[Подпись] | Шваков И.И.
(подпись) (ФИО)