Ректору федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» Министерства здравоохранения Российской Федерации
Игнатенко Г.А.

ЗАЯВЛЕНИЕ
о согласии на зачисление

Я, _____

№ дела _____ прошу зачислить меня на специальность (↓ впишите **ОДНУ** специальность)

☐ _____	1

(↓ выберите **ОДИН** пункт)

☐ на бюджетную основу обучения **по целевой квоте** ☐ на бюджетную основу обучения **(общий конкурс)** ☐ на места **с оплатой стоимости обучения (общий конкурс)**	2

Обязуюсь в течение первого и второго года обучения:
- пройти обязательные предварительные медицинские осмотры по форме 086/У до начала производственной практики согласно расписания.

Подтверждаю, что мной не подано (не будет подано) заявление о согласии на зачисление на обучение по программам высшего образования данного уровня на места в рамках контрольных цифр приема в другие организации;

Обязуюсь представить в Университет до 01.09.2023 оригинал заполненного договора об оказании платных образовательных услуг (в случае зачисления на платную основу обучения).

Дата: "_____" _____ 20 _____ г. Время _____

Подпись поступающего _____ (_____)
Фамилия И.О.