

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)

<input type="checkbox"/> _____	1
--------------------------------	----------

(↓ выберите **ОДИН** пункт)

<input type="checkbox"/> на бюджетную основу обучения по целевой квоте	2
<input type="checkbox"/> на бюджетную основу обучения (общий конкурс)	
<input type="checkbox"/> на места с оплатой стоимости обучения (общий конкурс)	

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 01.09.2024 оригинал заполненного договора об оказании платных образовательных услуг (в случае зачисления на платную основу обучения).

Дата: " _____ " _____ 20 _____ г.

Подпись поступающего _____ (_____)
Фамилия И.О.