

Регистрационный номер: _____

Ректору Частного учреждения образовательной
организации высшего образования
«Медицинский университет «Реавиз»
Прохоренко Инге Олеговне
от поступающего

(ФИО полностью)

Дата рождения: _____

Гражданство: _____

Документ, удостоверяющий личность: _____

серия _____ № _____

Когда выдан: _____

Кем выдан: _____

СНИЛС: _____

Почтовый адрес (с указанием почтового индекса): _____

Контактные телефоны: _____

E-mail: _____

ЗАЯВЛЕНИЕ
о согласии на зачисление

Даю свое согласие на зачисление в Университет на следующие образовательные программы и условия поступления:

№	Заявление №	Специальность (направление подготовки)	Форма обучения	На места
1				

Проинформирован о том, что поступающий на обучение в рамках контрольных цифр, представивший посредством ЕПГУ уникальную информацию о документе установленного образца, не вправе представлять в другую организацию оригинал документа установленного образца.

« » _____ 2022 г.

(подпись поступающего)

Подпись работника приемной комиссии
