

Председателю приемной комиссии
ФГБУ «НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова»
Минздрава России академику РАН, профессору
Сухих Геннадию Тихоновичу

от _____

Фамилия, имя, отчество (при наличии)

**ЗАЯВЛЕНИЕ О СОГЛАСИИ НА ЗАЧИСЛЕНИЕ В АСПИРАНТУРУ НА
МЕСТА В РАМКАХ ДОГОВОРОВ ОБ ОКАЗАНИИ ПЛАТНЫХ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УСЛУГ**

Я, _____ ,
даю свое согласие на зачисление на обучение в ФГБУ «НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова» Минздрава России по образовательной программе аспирантуры по группе научных специальностей 3.1. «Клиническая медицина» в рамках приемной кампании 2024/2025 учебного года на места в рамках договоров об оказании платных образовательных услуг в соответствии с п.8.4-8.8 Правил приема.

« _____ » _____ 2024 г.

√ _____
подпись поступающего