Ректору ФГБОУ ВО КубГМУ МИНЗДРАВА РОССИИ Алексеенко С.Н.

от

Фамилия _____	Гражданство
Имя _____	Документ, удостоверяющий личность
Отчество _____	_____
Дата рождения _____	серия _____ № _____
	Когда и кем выдан: _____
Место рождения _____	_____
	Код подразделения:

Проживающего(ей) по адресу: _____

_____

_____

Телефон : дом. - _____ сотовый - _____

З А Я В Л Е Н И Е

Даю согласие на мое зачисление в ФГБОУ ВО КубГМУ МИНЗДРАВА РОССИИ в соответствии с заявлением на платную форму обучения.

"___" _____ 2026 г. Время:_____:_____

_____
(Подпись поступающего)