

Председателю приемной комиссии,
исполняющему обязанности ректора ФГБОУ ВО
Тверского ГМУ Минздрава России,
профессору, доктору медицинских наук
Сонису А.Г.

(фамилия, имя, отчество (при наличии) поступающего)

Паспорт: серия _____ номер _____

выдан _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

о согласии на зачисление на места по договорам об оказании платных
образовательных услуг в ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России

" ____ " ____ 202 ____ г.
(дата подачи согласия)

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество (при наличии) поступающего)

паспорт серия _____ номер _____, выданный

_____ дата выдачи _____ даю своё согласие на зачисление в ФГБОУ ВО Тверской
ГМУ Минздрава России на места по договорам об оказании платных образовательных
услуг

Специальность/форма обучения _____

Поступающий _____
(подпись) _____ (расшифровка подписи)

Ответственный
за прием документов _____
(подпись) _____ (расшифровка подписи)

Обязуюсь пройти обязательные предварительные медицинские осмотры в соответствии с
перечнем медицинских обследований, установленным Приказом Минздрава России от
28.01.2021 № 29н

Поступающий _____
(подпись) _____ (расшифровка подписи)

Информирован, что в ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России все специальности
(направления подготовки) входят в перечень специальностей и направлений подготовки,
при приеме на обучение по которым поступающие проходят обязательные
предварительные медицинские осмотры.

Поступающий _____
(подпись) _____ (расшифровка подписи)