Председателю приемной комиссии

ФГБУ «РНЦРХТ им. ак. А.М. Гранова» Минздрава России

Майстренко Дмитрию Николаевичу

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(фамилия, имя, отчество)*

Дата рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

СНИЛС\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Тел.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

**о согласии на зачисление**

Я согласен на зачисление в ФГБУ «РНЦРХТ им. ак. А.М. Гранова» Минздрава России (далее – Центр) для обучения по основной профессиональной образовательной программе высшего образования – программе ординатуры по специальности

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Условия обучения:

**□**Места в пределах целевой квоты

**□**Основные места в рамках контрольных цифр

**□**Места по договорам об оказании платных образовательных услуг

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| Я подтверждаю, что у меня отсутствуют поданные в другие организации и неотозванные заявления о согласии на зачисление на обучение по программам ординатуры на места в рамках контрольных цифр приема (для поступающих на места в рамках контрольных цифр приема) | *подпись* |
|  |  |
| Я уведомлен, что для зачисления на обучение на места по договорам об оказании платных образовательных услуг поступающие должны также заключить договор об оказании платных образовательных услуг, оплатить обучение в соответствии с условиями заключенного договора и предоставить платежный документ в приемную комиссию | *подпись* |
|  |  |
| Я подтверждаю, что у меня отсутствуют поданные в другие организации и не отозванные заявления о согласии на зачисление на обучение по программам ординатуры на места в рамках контрольных цифр приема (для поступающих на места в рамках контрольных цифр приема) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *подпись* |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*подпись ФИО дата*