

to Rector of the Ural state medical university
O.P.Kovtun
from the applicant

_____ Name

Date of birth: _____

Citizenship: _____

Identify card number: _____

Post address: _____

Contact telephone number: _____

Declaration of consent for enrollment

I consent to be enrolled in the Ural state medical university under the following conditions

№	applicati on №	Educational programme	Mode of study	Type of contra ct
1		31.05.01 General medicine	full-time	fee- paying education

« » 2020 г.

(applicant signature)

Signature of the admission
office staff

Ректору ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России
О.П. Ковтун
от абитуриента

_____ Ф.И.О.

Дата рождения: _____

Гражданство: _____

Документ, удостоверяющий личность: _____

Почтовый адрес: _____

Контактный телефон: _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

о согласии на зачисление

Даю свое согласие на зачисление в ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России на следующие условия поступления:

№	Заявл ение №	Направление и образовательны е программы	Форма обучения	На места
1		31.05.01 Лечебное дело	очная	по договорам об оказании платных образовательн ых услуг

« » 2020 г.

(подпись абитуриента)

Подпись работника
приемной комиссии