

**Ректору
ЧОУ «СПб ИНСТОМ»**

Батюкову Н.М.

**Заявление
о согласии на зачисление**

Я, _____
(Фамилия, имя, отчество)

Почтовый адрес и (или) адрес
электронной почты _____

Контактный номер телефона _____

Дата рождения: _____

Гражданство: _____

Документ, удостоверяющий личность: _____
серия _____ № _____ выдан (кем, когда) _____

Страховое свидетельство обязательного пенсионного страхования _____
даю согласие на зачисление по основной образовательной программе высшего образования –
программе ординатуры по специальности _____
(Код, наименование специальности)

по очной форме обучения по договору об оказании платных образовательных услуг в частное образовательное учреждение дополнительного профессионального образования «Санкт-Петербургский институт стоматологии последипломного образования»

и прилагаю оригинал/ заверенную копию документа об образовании и о квалификации, удостоверяющего образование соответствующего уровня (документ установленного образца).

«__» _____ 20__ г. _____ /
(Подпись / Расшифровка подписи)