

регистрационный №	дата регистрации	техн. секретарь ПК

(заполняет сотрудник ПК)

РЕКТОРУ АВТОНОМНОЙ НЕКОММЕРЧЕСКОЙ  
ОРГАНИЗАЦИИ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
«НЕВИННОМЫССКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ» С.С.  
НАУМОВУ

### Заявление о согласии на зачисление

**Фамилия**

**Имя**

**Отчество(при наличии)**

Даю свое согласие на зачисление:

№ конкурса	Конкурс	
	Форма обучения <sup>1</sup>	Основа финансирования <sup>2</sup>
	Форма участия в конкурсе <sup>3</sup>	Уровень образования <sup>4</sup>
	Код НпС, название НпС, название образовательной программы	

«\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2024 г.

\_\_\_\_\_ подпись

<sup>1</sup> Форма обучения: очная; очно-заочная.

<sup>2</sup> Основа финансирования: на места с оплатой стоимости обучения.

<sup>3</sup> Форма участия в конкурсе: на общих основаниях по конкурсу, без экзаменов.

<sup>4</sup> Уровень образования: бакалавриат, специалитет.