

Директору Пятигорского  
медико-фармацевтического  
института - филиала ФГБОУ ВО  
ВолгГМУ Минздрава России  
О.А. Ахвердовой

## ЗАЯВЛЕНИЕ О СОГЛАСИИ НА ЗАЧИСЛЕНИЕ

Я, \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии))

согласен на зачисление в Пятигорский медико-фармацевтический институт - филиал федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (далее - Институт) на места в рамках контрольных цифр (бюджетные места):

- в пределах особой квоты
- в пределах специальной квоты
- на основные места в рамках контрольных цифр

(выбрать одно основание приема и отметить )

для обучения по основной профессиональной образовательной программе высшего образования - программе специалитета \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ (указать ОДНУ специальность)

## Без оригинала документа об образовании недействительно

С Правилами приема в вуз ознакомлен, о возможности подачи заявления о согласии в Институт не более трех раз на бюджетные места предупрежден.

\_\_\_\_\_.2022

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

(подпись)

(ФИО)