

Регистрационный №: _____

Ректору Частного учреждения
образовательной организации
высшего образования «Московский
медицинский университет «Реавиз»
Д.м.н., проф. С.И. Буланову
от поступающего

Дата рождения: _____

Гражданство: _____

Документ, удостоверяющий личность: _____

Почтовый адрес: _____

Тел.: _____ E-mail: _____

ЗАЯВЛЕНИЕ о согласии на зачисление

Даю свое согласие на зачисление в Частное учреждение образовательную организацию высшего образования Московский медицинский университет «Реавиз» на следующие условия поступления:

№	Заявление №	Специальность	Форма обучения	На места
1			очная	

Указывает обязательство в течение первого года обучения:

- представить в Частное учреждение образовательная организация высшего образования Университет «Реавиз» оригинал документа установленного образца;
- для поступающих по программам высшего образования - пройти обязательные предварительные медицинские осмотры (обследования) при обучении по специальностям и направлениям подготовки, входящим в перечень специальностей и направлений подготовки, при приеме на обучение по которым поступающие проходят обязательные предварительные медицинские осмотры (обследования) в порядке, установленном при заключении трудового договора или служебного контракта по соответствующей должности или специальности, утвержденный постановлением Правительства Российской Федерации от 14 августа 2013 г. N 697 (Собрание законодательства Российской Федерации, 2013, N 33, ст. 4398) (далее - соответственно медицинские осмотры, постановление N 697).

(подпись поступающего)

Подпись работника приемной комиссии
