Главному врачу

ФБУЗ «ЦГиЭ в ХМАО – Югре»

Козловой И.И.

от\_\_\_\_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(Ф.И.О., дата рождения)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес проживания:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Тел.:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Эл.почта:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

Прошу Вас заключить договор о целевом обучении по образовательной программе высшего образования для поступления в

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Уральский государственный медицинский университет», г. Екатеринбург

(указать одно или несколько учебных заведений)

на очную форму обучения по специальности 32.05.01 «Медико-профилактическое дело».

Приложения:

1. Копия паспорта абитуриента (первая страница и прописка);
2. Копия документа о результатах ЕГЭ;
3. Реквизиты банковского счета для перечисления выплат.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (дата)