**Ректору**

**ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова**

**Минздрава России**

**Хурцилава О.Г.**

**СОГЛАСИЕ**

**на зачисление по программам подготовки научно-педагогических кадров в аспирантуре по договорам об оказании платных образовательных услуг**

Я,­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(фамилия, имя, отчество полностью)

в соответствии с Правилами приема на обучение по образовательным программам высшего образования - программам подготовки научно-педагогических кадров в аспирантуре ФГБОУ ВО СЗГМУ им.И.И.Мечникова Минздрава России, на основании решения приемной комиссии Университета протокол № от 2016 г., даю согласие на зачисление с 01.09.2016 г. в очную /заочную аспирантуру **по договору об оказании платных образовательных услуг**

по направлению\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ направленность\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*«\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2016 г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

 *(подпись)*