

Директору ПМФИ –  
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 профессионального образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (далее - Институт):

- в пределах целевой квоты \_\_\_\_\_  
(указать заказчика целевого обучения)
- на основные места в рамках контрольных цифр
- на коммерческие места для обучения по образовательной программе высшего образование  
программе ординатуры \_\_\_\_\_  
(указать ОДНУ специальность)

**Без оригинала документа об образовании недействительно**

С Правилами приема ознакомлен.

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2026

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ (подпись) (ФИО)