

Исполняющему обязанности главного врача  
ГБУЗ «Мостовская центральная  
районная больница» МЗ КК  
К.А. Степанову

От кого: \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество гражданина или законного представителя  
несовершеннолетнего гражданина)

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество несовершеннолетнего гражданина)

Дата рождения \_\_\_\_\_  
Паспорт (серия, №, когда, кем выдан) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Проживающего (ей) по адресу: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Контактный телефон: \_\_\_\_\_  
(несовершеннолетнего гражданина)

\_\_\_\_\_  
(гражданина или законного представителя несоверш. Гражданина)

Электронный адрес \_\_\_\_\_

### ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу заключить со мной (моим сыном, моей дочерью) договор о целевом обучении с целью участия в конкурсе в пределах квоты приема на целевое обучение в Федеральном государственном бюджетном образовательном учреждении высшего образования "Кубанский государственный медицинский университет" Министерства Здравоохранения Российской Федерации на обучение по программе высшего профессионального /специалитета/ординатуры по специальности \_\_\_\_\_  
(наименование специальности)

Сведения о законном представителе несовершеннолетнего гражданина:

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество)

\_\_\_\_\_  
(контактные телефоны)

Дата: \_\_\_\_\_

Подпись: \_\_\_\_\_