

Главному врачу
СПб ГБУЗ «Городская поликлиника №43
Родыгину Сергею Александровичу
(наименование государственного учреждения здравоохранения Санкт-Петербурга)

от _____
(Ф.И.О. представителя (родителя, усыновителя, попечителя))

адрес: _____

телефон _____

СОГЛАСИЕ
на заключение договора о целевом обучении
по образовательной программе среднего профессионального образования
несовершеннолетним в возрасте до 18 лет

Я, _____
(ФИО)

(паспорт серия _____ N _____), выдан " ____ " _____ 20 ____ г.

зарегистрирован(а) по адресу: _____

являюсь законным представителем _____
(ФИО)

Я даю свое согласие на заключение между _____
(ФИО)

и медицинской организацией договора о целевом обучении по образовательной программе среднего профессионального образования в соответствии с п. 1 ст. 26 Гражданского кодекса Российской Федерации.

(дата)

(подпись)

(расшифровка подписи)