И.о. ректора ФГБОУ ВО «Пермская государственная фармацевтическая академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Лужанину В.Г.

ЗАЯВЛЕНИЕ

об отзыве согласия на зачисление

Я, ,

(фамилия, имя, отчество)

паспорт № , выдан

(кем и когда выдан)

**\_ \_**

, проживающий(-ая) по адресу:

,

отзываю согласие на зачисление на основную образовательную программу высшего образования – программе специалитета / бакалавриата на направление подготовки / специальность

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

(33.05.01 «Фармация»; 19.03.01 «Биотехнология»; 18.03.01 «Химическая технология»)

на места в рамках КЦП / образовательных услуг.

на места по договорам об оказании платных

дата подпись ФИО