

Руководителю

_____ (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, _____ (паспорт серия _____ N _____),
(Ф.И.О.)

выдан «__» _____ г. _____;

зарегистрирован(а) по адресу: _____

_____ являюсь законным представителем _____,

(Ф.И.О.)

«__» _____ г. р., (паспорт серия _____ № _____), выдан

«__» _____ г. _____,

зарегистрированного по адресу: _____

Я даю свое согласие на заключение между _____,
(Ф.И.О.)

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

«__» _____ г.