

СОГЛАСИЕ
на отсутствие аккредитации

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество)

регистрация по месту проживания по адресу: _____

регистрация по месту пребывания по адресу: _____

документ, удостоверяющий личность: _____

наименование документа, серия, номер: _____

дата выдачи, выдавший орган _____

Ознакомлен с тем, что государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Городская клиническая онкологическая больница № 1 Департамента здравоохранения города Москвы», расположенная по адресу: г. Москва, Загородное шоссе 18А на момент подачи документов государственной аккредитации образовательных программ – не имеет.

Обязуюсь претензий не предъявлять.

«__» _____ 2023 г.

ПОДПИСЬ