Директору ФИЦ КазНЦ РАН

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | | |
|  |  |  |
| (ф.и.о.. гражданство поступающего) | | |
|  |  |  |
| (дата рождения, реквизиты документа, удостоверяющего личность) | | |
|  |  |  |

ЗАЯВЛЕНИЕ

Даю согласие на зачисление на обучение по программам аспирантуры на условиях **договора об оказании платных образовательных услуг**

по научной специальности

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

Подпись поступающего, дата