

ЗАЯВЛЕНИЕ
_____ 2024

Главному врачу
государственного
учреждения здравоохранения
«Гомельская городская
клиническая больница № 1»
Шевелевой О.Н.

фамилия, собственное имя, отчество (если
такое имеется (полностью))

адрес регистрации и места фактического
пребывания, контактные телефоны: домашний,
мобильный (с кодом оператора)

Даю согласие на обработку моих персональных данных в течение
2 месяцев текущего года.

дата

подпись абитуриента

Даю согласие на обработку моих персональных данных в течение
2 месяцев текущего года.

дата

подпись законного представителя
(родителя)

** согласие родителей на заключение договора с гражданином заполняется, если гражданин
несовершеннолетний (не исполнилось 18 лет).*