

Автономная некоммерческая организация высшего образования  
«Университет Российского инновационного образования».  
Челябинский филиал

**СОГЛАСИЕ**

**поступающего на зачисление на места по договорам об оказании платных  
образовательных услуг**

Я, \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество поступающего)

Паспорт/удостоверение личности серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_

Кем выдан \_\_\_\_\_

Когда выдан \_\_\_\_\_ Код подразделения \_\_\_\_\_

Зарегистрированный по адресу \_\_\_\_\_

№ телефона \_\_\_\_\_

Даю согласие на зачисление по образовательной программе высшего образования:  
направления бакалавриата

\_\_\_\_\_ ( направление подготовки)

по договору об оказании платных образовательных услуг в Автономную некоммерческую организацию высшего образования «Университет Российского инновационного образования», расположенного по адресу: 454006, г. Челябинск, ул. Красноармейская, 55 Тел. (351) 264-42-64, факс 266-85-43.

**Обязуюсь оплачивать предоставляемые образовательные услуги до 1 сентября и до 1 февраля соответствующего семестра.**

\_\_\_\_\_  
(фамилия, инициалы)

\_\_\_\_\_  
(Подпись)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 201 г.

\_\_\_\_\_  
(подпись ответственного лица приемной комиссии)