Директору ГБОУДОГС «СДШИ»

Костевич М.В.

(от кого ФИО)

проживающего

(адрес с указанием почтового индекса)

паспорт

(серия, номер, кем вьщан, дата вьщачи)

(номер телефона)

(адрес электронной почты)

ЗАЯВЛЕНИЕ

Выражаю согласие на получение дополнительной платной услуги, предоставляемой ГБОУДОГС «СДШИ»:

(указать название факультатива, курса, мастер-класса) (фамилия, имя отчество поступающего)

(дата рождения поступающего)

С положением об оказании платных услуг в ГБОУДОГС «СДШИ» ознакомлен(а).

« » 2024 г.

(дата)  (расшифровка подписи)