

СОФИЙСКИ УНИВЕРСИТЕТ
„СВ. КЛИМЕНТ ОХРИДСКИ”
МЕДИЦИНСКИ ФАКУЛТЕТ

1407 София Ул. "Козяк" №1
Тел: 02 96 07 336; 311



SOFIA UNIVERSITY
"ST. KLIMENT OHRIDSKI"
FACULTY OF MEDICINE

1407 Sofia, 1, Kozyak str.;
Tel: : 02 96 07 336;311

Вх. №...../.....2017 година

ДО
ДЕКАНА
НА МЕДИЦИНСКИ ФАКУЛТЕТ
НА СУ "СВ. КЛИМЕНТ ОХРИДСКИ"

ЗАЯВЛЕНИЕ

От

Име, презиме и фамилия по лична карта

Лекар, специалист по

В база за практическо обучение

Адрес за кореспонденция

Пощенски код:

--	--	--	--	--

Населено място:.....област.....

Бул., Ул.№.....ж.к.....бл.....вх.....ет.....

Тел:.....GSM:.....e-mail:.....

УВАЖАЕМИ ГОСПОДИН ДЕКАН,

Моля, да бъде допуснат(а) до конкурс по документи за заемане на място, съгласно Заповед №-19-3/15.9.2017 г. на Министъра на здравеопазването за финансиране от държавата на обучението по чл.40, ал.1.(т.е. на теоретичното обучение)

по специалността.....

Прилагам следните документи:

1. Заявление-образец – получава се от Деканата на МФ или на горепосочения интернт-адрес.
2. Нотариално заверено копие от дипломата за висше образование
3. Служебна бележка от ЛЗ-база за практическо обучение за наличие на ТД (за клиничните специалности)-

София
.....
дата

С уважение:.....
подпис