СОФИЙСКИ УНИВЕРСИТЕТ
"СВ. КЛИМЕНТ ОХРИДСКИ"
БЪЛГАРИЯ, СОФИЯ 1000
БУЛ. "ЦАР ОСВОБОДИТЕЛ" 15
ТЕЛ. 93 08 500; ФАКС(+359 2) 946 02 55
ТЕЛЕКС: 23296 SUKO R BG
web site : http://www.uni-sofia.bg

SOFIA UNIVERSITY
"ST. KLIMENT OHRIDSKI"
1000, SOFIA, BULGARIA
15 TZAR OSVOBODITEL BD.
TEL. 93 08 500; FAX (+359 2) 946 02 55
TELEX: 23296 SUKO R BG
web site: http://www.uni-sofia.bg

ДО
РЕКТОРА
НА СУ „СВ. КЛИМЕНТ ОХРИДСКИ”

ПРЕДВАРИТЕЛНО СЪГЛАСИЕ
И НАМЕРЕНИЕ НА РАБОТОДАТЕЛ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА
ДОГОВОР ПО ЧЛ.95А ОТ ЗВО

Долуподписаният/та.....
(име, презиме, фамилия)
В качеството си на …….
(посочва се длъжността)
и представляващ……..…….,
(пълно наименование на лечебното заведение – работодател)
с ЕИК ……
със седалище и адрес на управление:……

Тел…….…….....email:…….....…….

което е лечебно заведение/ търговско дружество, включено в списъка на работодателите, приет с РМС № ….. от …….. г., заявявам предварително съгласието и намерението ми за сключване на тристранен договор по реда на чл.95а от ЗВО и Наредба за условията и реда за осигуряване на заплащането на разходите за обучение на студенти със сключени договори с работодател (ДВ, бр. 7 от 26.01.2021 г.) между представляваното от мен лечебно заведение/ търговско дружество, Софийски университет „Св. Климент Охридски“ и

……,
кандидатстващ/а за допълнителен прием под условие (при сключен договор с работодател) в Софийския университет „Св. Климент Охридски“ за учебната 2026/2027 година по специалност „Медицина“ за обучение на място, за което се осигуряват трансфери от държавния бюджет.

Декларирам, че съм запознат/а със съдържанието на Наредбата за условията и реда за осигуряване на заплащането на разходите за обучение на студенти със сключени договори с работодател (ДВ, бр. 7 от 26.01.2021 г.) и правата и задълженията на работодателя, в случай, че студентът бъде класиран от Софийския университет „Св. Климент Охридски“ за обучение по този ред.

Дата: **Подпис и печат:……**