1. **МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ - ПЛЕВЕН**

1. **5800 плевен , УЛ. „СВ. КЛИМЕНТ ОХРИДСКИ” 1, БЪЛГАРИЯ**
2. **ТЕЛ. + 359 64 884 130 ФАКС. + 359 64 801 603**

ДО РЕКТОРА

НА МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ

ГР. ПЛЕВЕН

**З А Я В Л Е Н И Е**

от .............................................................................................................................

***/име, презиме, фамилия/***

ЕГН:…………………………………..

Град/село:.......................................... Област:................................................

Тел…….........……….……………..email:………...........…………………….

Придобита степен на висше образование:......................................................

Желая да кандидатствам в МУ-Плевен с полагане на изпит по биология за бакалаври на 10.09.2019 г. за специалностите:

* „Акушерка“ и „Медицинска сестра“ - по държавна поръчка
* „Социални дейности“- срещу заплащане

Моля да бъда класиран/а, съгласно посочения от мен ред на специалностите :

1. ..............................
2. ..............................
3. ..............................

**Прилагам следните документи:**

* Копие на диплома за завършено средно образование
* Документ за платена такса - 60 лв.
* Декларация за обработка на личните данни

**Дата:** **Подпис:**