1. **МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ - ПЛЕВЕН**
2. **5800 плевен , УЛ. „СВ. КЛИМЕНТ ОХРИДСКИ” 1, БЪЛГАРИЯ**



1. **ТЕЛ. + 359 64 884 130 ФАКС. + 359 64 801 603**

**З А Я В Л Е Н И Е**

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

***/име, презиме, фамилия/***

Адрес: област ..................... град/село............................

тел. ............................... e-mail………………………

Заявявам желанието си да участвам в курс за подготовка за кандидатстване за специалностите „Медицина” и „Фармация“ по:

.................................

.................................

Прилагам документ за платена такса.

Декларирам, че съм съгласен администраторът Медицински университет, гр. Плевен с ЕИК по БУЛСТАТ 000405689 да събира, обработва, използва, съхранява и изтрива личните ми данни за целите на провежданата кандидатстудентска кампания от висшето училище, подсигурявайки, че личните данни се обработват в съответствие с изискванията на *Регламент 2016/679 на Европейския парламент и на Съвета на Европейския съюз и националното законодателство.*

**Подпис:**

**.........................**

***/име, фамилия/***