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



1. **ТЕЛ. + 359 64 884 120 ФАКС. + 359 64 801 603**

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

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

***/име, презиме, фамилия/***

кандидат-студент/ка с вх. № .....................

тел.: ..................................

Във връзка с Решение на Министерски съвет (МС) за изменение и допълнение на Решение на МС № 236 от 27.04.2017 г. за утвърждаване броя на приеманите за обучение студенти и докторанти във висшите училища и научните организации на Република България, на МУ-Плевен са отпуснати допълнително 15 места за студенти в специалност „Фармация“.

**С настоящото заявявам желанието си да участвам в допълнителното класиране** за местата в тази специалност.

**......... 2017 г. Подпис:**

**гр. Плевен .........................**

***/име, фамилия/***