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/***

 кандидат-студент с вх. № …………….

 бал: …………………….

 тел.: …………………….

Моля да участвам в класиране за обучение срещу заплащане за специалност „Медицина”.

**........................ Подпис:**

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