



ДО РЕКТОРА
НА МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ
ГР. ПЛЕВЕН

З А Я В Л Е Н И Е

от

/име, презиме, фамилия/

ЕГН:.....

Тел.....email:.....

Желая да участвам в класиране за попълване на незаети места за бакалавърските специалности в Медицински университет-Плевен с:

- | | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Изпит по биология за магистри в МУ-Плевен |
| <input type="checkbox"/> | Изпит по биология за бакалаври в МУ-Плевен |
| <input type="checkbox"/> | Изпит по биология в друг университет |
| <input type="checkbox"/> | ДЗИ биология |
| <input type="checkbox"/> | ДЗИ друг предмет |

(Поставете отметка (X) в празните полета)

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

- | | |
|--------|--------|
| 1..... | 6..... |
| 2..... | 7..... |
| 3..... | 8..... |
| 4..... | 9..... |
| 5..... | |

Прилагам следните документи (само за НОВИ кандидати):

- | | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Копие на диплома за завършено средно образование. |
| <input type="checkbox"/> | Документ за платена такса - 50 лв. (за участие с ДЗИ или с оценка от положен изпит в друг университет) |

Дата:

Подпис: