1. **МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ - ПЛЕВЕН**
2. **5800 плевен , УЛ. „СВ. КЛИМЕНТ ОХРИДСКИ” 1, БЪЛГАРИЯ**
3. **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. № .....................

състезателен бал:..................

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

Заявявам желанието си да участвам в класиране за попълване на свободните места за специалностите „Медицина” и „Фармация“ по реда, посочен от мен в заявлението за кандидатстване.

**Дата: Подпис: .........................**

**гр. Плевен */име, фамилия/***