**МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ - ПЛЕВЕН**

**УЛ. „СВ. КЛИМЕНТ ОХРИДСКИ” №1, ПЛЕВЕН 5800, БЪЛГАРИЯ**

**тел.: + 359 64 884 130 факс: + 359 64 801 603**

ДО РЕКТОРА

НА МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ

ГР. ПЛЕВЕН

**З А Я В Л Е Н И Е**

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

Вх. №…………………, бал:………………..

УВАЖАЕМИ ГОСПОДИН РЕКТОР,

Желая да кандидатствам за обявения **прием на студенти срещу заплащане за специалности с ОКС „Магистър“** в повереното Ви висше училище и класиран(а), съгласно посочения от мен ред на специалностите:

Специалности по ред на избора:

|  |
| --- |
| 1. |
| 2. |

 ▪ Декларирам, че съм попълнил(а) реда на специалностите в съответствие с моите желания и поемам всички последици от допуснати от мен технически грешки.

 ▪ Декларирам, че съм съгласен(на) с условията за обучение срещу заплащане.

гр. Плевен С уважение,

Дата: ………………………………..(име / подпис)