1. **МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ - ПЛЕВЕН**
2. **5800 плевен , УЛ. „СВ. КЛИМЕНТ ОХРИДСКИ” 1, БЪЛГАРИЯ**
3. **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 ...............................................................................................................................

***/име, презиме, фамилия/***

ЕГН:…………………………………..

Тел…………….……………..email: ………………………….

Завършено предходно образование ***( Поставете отметка (Х) в празните полета )***:

|  |  |
| --- | --- |
|  | Средно образование |
|  | ОКС „Професионален бакалавър“ |
|  | ОКС „Бакалавър“ |
|  | ОКС „Магистър“ |

Желая да участвам в класиране за попълване на незаети места по държавна поръчка за бакалавърските специалности в Медицински университет-Плевен с ***( Поставете отметка (Х) в празните полета )***:

|  |  |
| --- | --- |
|  | ДЗИ биология |
|  | ДЗИ друг предмет |
|  | Оценка по биология от изпит в МУ-Плевен |
|  | Оценка по биология от изпит в друго ВУ |

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

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

**Прилагам следните документи:**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Копие на диплома за завършено средно образование (за нови кандидати) |
|  | Документ за платена такса - 50 лв. (за участие с ДЗИ или с оценка от друго ВУ) |
|  | Служебна бележка с оценка от друго ВУ |

**Дата:** **Подпис:**