**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. №………………… състезателен бал:………………..

**УВАЖАЕМИ ГОСПОДИН РЕКТОР,**

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

**Специалности по ред на избора:**

1…………………………….

2…………………………….

3…………………………….

4…………………………….

5……………………………..

***Кандидати, които не са участвали в конкурси в МУ-Плевен, прилагат следните документи:***

* Диплома за завършено средно образование (копие);
* Служебна бележка с оценка по биология (за кандидати, които пренасят оценка от друго ВУ);
* Документ за платена такса - 60 лв.

▪ 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)