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:…………………………….

Желая да участвам в класиране за специалност „Ветеринарна медицина“, ОКС „магистър“ в Медицински университет-Плевен с:

|  |  |
| --- | --- |
|  | Изпит по биология на 22.07.2025 г. |
|  | Изпит по биология за специалностите „Медицина“ и „Фармация“ в МУ-Плевен\* |
|  | ДЗИ биология |

***( Поставете отметка (Х) в празните полета )***

**Прилагам следните документи:**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Копие на диплома за завършено средно образование. |
|  | Документ за платена такса за изпит на 22.07.2025 г. - 70 лв. |
|  | Документ за платена такса - 60 лв. (за участие с ДЗИ) |

\*Кандидати, които използват оценка от положен изпит по биология за специалности „Медицина“ и „Фармация“ в МУ-Плевен **не заплащат такса** за участие класиране за „Ветеринарна медицина“

**Дата:** **Подпис:**