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

**Подпис:…………………………**

**гр. Плевен,** …………………. **2025 г.**