1. **МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ - ПЛЕВЕН**



1. **5800 плевен , УЛ. „СВ. КЛИМЕНТ ОХРИДСКИ” 1, БЪЛГАРИЯ**
2. **ТЕЛ. + 359 64 884 101; ФАКС. + 359 64 801 603**

**ДО**

**РЕКТОРА**

**НА МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ-ПЛЕВЕН**

**ПРЕДВАРИТЕЛНО СЪГЛАСИЕ**

**И НАМЕРЕНИЕ НА РАБОТОДАТЕЛ ЗА СКЛЮЧВАНЕ**

**НА ДОГОВОР ПО ЧЛ.95А ОТ ЗВО**

Долуподписаният/та...................................................................................................................

***/име, презиме, фамилия/***

представляващ………………………………………………………………..……………….

***/пълно наименование на лечебното заведение - работодател /***

с ЕИК …………………………………

със седалище и адрес на управление:………………………………………………………

Тел…………….……………..email:…………………………….

В качеството на представляващ лечебното заведение, включено в списъка на работодателите, приет с РМС №533 от 12.07.2021 г., заявявам предварително съгласието и намерението ми за сключване на тристранен договор по реда на чл.95а от ЗВО и Наредба за условията и реда за осигуряване на заплащането на разходите за обучение на студенти със сключени договори с работодател /ДВ, бр. 7 от 26.01.2021 г./ с Медицински университет – Плевен и с

…………………………………………………………………………………………………

Студент в ………курс, по специалност ………………………………, фак. №……………

Държавен прием / срещу заплащане

Декларирам, че съм запознат/а със съдържанието на Наредба за условията и реда за осигуряване на заплащането на разходите за обучение на студенти със сключени договори с работодател /ДВ, бр. 7 от 26.01.2021 г./ и правата и задълженията на работодателя, в случай, че студентът бъде класиран от Медицински университет – Плевен за обучение по този ред.

Декларирам, че като работодател, след успешно завършване на обучението на студента, осигуряваме работа в звено, в зависимост от потребностите на лечебното заведение, за срок не по-малък от 5 години, по трудов договор.

**Дата:** **Подпис и печат:……………**