МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ - ПЛЕВЕН
5800 ПЛЕВЕН , УЛ. „СВ. КЛИМЕНТ ОХРИДСКИ” 1, 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 .....
/име, презиме, фамилия/

ЕГН:……..

Тел……..……..email:…….

Поставете отметка (Х) в празните полета

☐ **КАНДИДАТСТВАЛ/А СЪМ В МУ-ПЛЕВЕН ВХ. №……..**

Желая да участвам за попълване на незаети места и да бъда класиран/а, съгласно посочения от мен ред:

1……..... 6……..... 2……..... 7……..... 3……..... 8……..... 4……..... 9……..... 5.....

Да се използва при балообразуване оценката от:

..... (ДЗИ/ оценка от изпит по биология за бакалаври или магистри от МУ-Плевен)

☐ **НЕ СЪМ КАНДИДАТСТВАЛ/А ДО МОМЕНТА В МУ-ПЛЕВЕН**

Желая да кандидатствам за прием в МУ-Плевен в специалности с незаети места и да бъда класиран/а, съгласно посочения от мен ред:

1……..... 6……..... 2……..... 7……..... 3……..... 8……..... 4……..... 9……..... 5.....

Да се използва при балообразуване оценката от:

..... (ДЗИ/ оценка от изпит по биология)

Прилагам следните документи (за нови кандидати)**:**

☐ Копие на диплома за завършено средно образование
☐ Документ за платена такса - 40 лв.
☐ Служебна бележка за положен изпит по биология в друго ВУ
☐ Декларация за обработка на личните данни

Дата: **Подпис:**