

**МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ - ПЛЕВЕН**

**УЛ. „СВ. КЛИМЕНТ ОХРИДСКИ” №1, ПЛЕВЕН 5800, БЪЛГАРИЯ**

**тел.: + 359 64 884 237 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 специалност „Управление на здравните грижи“, ОКС „Бакалавър“** в повереното Ви висше училище.

Декларирам, че съм съгласен(на) с условията за обучение срещу заплащане.

гр. Плевен С уважение,

Дата: ………………………….

(име / подпис)