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:…………………………….

Вх.№………………….(при наличие на такъв)

Желая да участвам в класиране за попълване на незаети места за бакалавърските специалности в МУ-Плевен с:

|  |  |
| --- | --- |
|  | Изпит по биология на 04.09.2025 г. |
|  | ДЗИ биология |
|  | ДЗИ друг предмет |
|  | Изпит по биология за бакалаври, положен в МУ-Плевен |
|  | Изпит по биология за магистри, положен в МУ-Плевен |
|  | Изпит по биология, положен в друго ВУ |

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

Желая да бъда класиран/а, съгласно посочения от мен ред на специалностите:

|  |  |
| --- | --- |
| 1.…………….........................................................  2……………..........................................................  3……………..........................................................  4…………….......................................................... |  |

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

|  |  |
| --- | --- |
|  | Копие на диплома за завършено средно образование |
|  | Документ за платена такса - 70 лв. (за явяване на изпит на 04.09.2025 г.) |
|  | Документ за платена такса - 60 лв. (за участие с ДЗИ и оценка от друго ВУ) |
|  | Служебна бележка за положен изпит по биология в друго ВУ |
|  | Декларация за обработка на личните данни |

**Дата:** **Подпис:**