1. **МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ - ПЛЕВЕН**



1. **5800 плевен , УЛ. „СВ. КЛИМЕНТ ОХРИДСКИ” 1, БЪЛГАРИЯ**
2. **ТЕЛ. + 359 64 884 130; ФАКС. + 359 64 801 603**

ДО РЕКТОРА

НА МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ

ГР. 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 22.12.2021 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.

**Дата:** **Подпис и печат:…………………………….**