**ДО**

**ЗАМЕСТНИК-РЕКТОРА**

**ПО НАУЧНОИЗСЛЕДОВАТЕЛСКА ДЕЙНОСТ**

**МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ – ПЛЕВЕН**

**Относно:** *провеждане на докторски минимум на докторант*

**Д О К Л А Д**

от

……………………………………………………………

Ръководител катедра „ ……………………………..“,

Факултет „………………………..“

**УВАЖАЕМА Г-ЖО ЗАМЕСТНИК-РЕКТОР,**

На ………… 20……… г. от ……… ч. в зала......................, катедра „……………………………………“ ще се проведе изпит за докторски минимум на докторант ………………………………………….... редовна/задочна/самостоятелна форма на обучение в докторска програма по специалност „…………………………………“ с комисия в състав:

**Председател:** Проф./Доц.………………………………………….

**Членове:**

1. Проф./Доц.………………………………………………………
2. Проф./Доц………………………………………………………

|  |  |
| --- | --- |
| Дата: ............20……. г. | **Ръководител катедра:** ………………................  подпис |
|  | /……………………………………………………./  /име, фамилия/ |