

**МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ - ПЛЕВЕН**

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

**тел.: + 359 64 884 130 факс: + 359 64 801 603**

**ДО РЕКТОРА**

**НА МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ**

**ГР. ПЛЕВЕН**

**ДЕКЛАРАЦИЯ СЪГЛАСИЕ**

**НА РАБОТОДАТЕЛ ЗА СКЛЮЧВАНЕ**

**НА ДОГОВОР ПО ЧЛ.95а ОТ ЗВО**

Долуподписаният/та...................................................................................................................

*(име, презиме, фамилия)*

В качеството си на …………………......…………………………………………………….

*(посочва се длъжността)*

и представляващ………………………………………………………………..…………….,

*(пълно наименование на лечебното заведение – работодател)*

с ЕИК …………………………………

със седалище и адрес на управление:………………………………………………………

Тел…………….……………..email:…………………………….

което е лечебно заведение/ търговско дружество, включено в списъка на работодателите, приет с РМС №479/21.07.2025 г., заявявам предварително съгласието и намерението ми за сключване на тристранен договор по реда на чл.95а от ЗВО и Наредбата 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./ между представляваното от мен лечебно заведение/ търговско дружество, Медицински университет -Плевен и

………………………………………………………………………………………………...............…

*(три имена и ЕГН)*

студент в Медицински университет – Плевен по специалност .........................................................,

 обучаващ се на място, за което се осигуряват трансфери от държавния бюджет

 обучаващ се на място за обучение срещу заплащане

и кандидатстващ за осигуряване на заплащането на разходите за обучение по реда на чл.95а от Закона за висшето образование и Наредбата за условията и реда за осигуряване на заплащането на разходите за обучение на студенти със сключени договори с работодател.

Декларирам, че съм запознат/а със съдържанието на Наредбата 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, и в случай, че студентът бъде класиран от Медицински университет – Плевен за обучение по този ред, се задължавам да подпиша тристранен договор по образец на МУ-Плевен.

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