**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**

**З А Я В Л Е Н И Е**

от.........................................................................................................................................

Вх. №………………… състезателен бал:………………..

 **УВАЖАЕМИ ГОСПОДИН РЕКТОР,**

Като приет/а за **студент срещу заплащане** в специалност с ОКС „Бакалавър“ по приоритетното професионално направление 7.5 Здравни грижи по специалността

 **„Медицински лаборант”** или **„Помощник-фармацевт”**

 (*вярното се подчертава*)

желая да се ползвам от правото да се обучавам в субсидирана от трансферите от държавния бюджет средства за издръжка на обучението форма, по смисъла на т. 31 от Приложение № 2 към чл. 7 на ПМС № 64/25.03.2016 г., във връзка с чл.91, ал.8, т. 2, във връзка с § 5 от Заключителни разпоредби към Закона за допълнение на закона за висшето образование *(Изм. - ДВ, бр. 63 от 2025 г., в сила от 01.08.2025 г.)*.

гр. Плевен С уважение,

Дата: …………….. (име / подпис)