



МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ - ПЛЕВЕН
УЛ. „СВ. КЛИМЕНТ ОХРИДСКИ” №1, ПЛЕВЕН 5800, БЪЛГАРИЯ
ТЕЛ.: + 359 64 884 130

ДО РЕКТОРА
НА МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ
ГР. ПЛЕВЕН

ДЕКЛАРАЦИЯ
ЗА ПРЕДВАРИТЕЛНО 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 проект на Решение на Министерския съвет за приемане на Списък на работодателите, които имат право да сключват договори по реда на чл. 95а, ал. 1 от Закона за висшето образование през учебната 2026-2027 година, заявявам предварително съгласието и намерението ми за сключване на тристранен договор между представляваното от мен лечебно заведение/търговско дружество, Медицински университет – Плевен и

.....
(три имена и ЕГН)

кандидат-студент в Медицински университет – Плевен за специалност „Медицина“, участващ/а в класиране за прием, при условията на 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 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: