



МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ - ПЛЕВЕН
5800 ПЛЕВЕН, УЛ. „СВ. КЛИМЕНТ ОХРИДСКИ“ 1, БЪЛГАРИЯ
ТЕЛ. + 359 64 884 130 ФАКС. + 359 64 801 603

З А Я В Л Е Н И Е

ОТ
/име, презиме, фамилия/

кандидат-студент с вх. №

състезателен бал:.....

тел.:

Заявявам желанието си да участвам в класиране за попълване на
незаети места за бакалавърски специалности по реда, посочен от мен в
заявлението за кандидатстване.

Подпис:.....

гр. Плевен, 2026 г.