

вх.№

ДО

ДЕКАНА НА ФАКУЛТЕТА ПО МЕДИЦИНА

ПРИ МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ

ГР. ВАРНА

ЗАЯВЛЕНИЕ

ОТ

Д-р,
ЕГН:, дата и място на раждане:,
лична карта №:, издадена на ... ОТ
телефон за връзка:, e-mail:
Постоянен адрес:

УВАЖАЕМИ Г-Н ДЕКАН,

Моля да ми бъде издадено **удостоверение** за обучението ми по специалността „Медицина”, за периода от година до година.

Прилагам следните документи:

1. Копие от диплома за висше образование, издадена от МУ-Варна;
2. Документ за самоличност (връща се веднага след сверяване);
3. Документ за внесена сума – административна такса;

Дата:

С уважение:

гр. Варна