ДО

ДЕКАНА НА ФАКУЛТЕТА ПО МЕДИЦИНА

ПРИ МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ

ГР. ВАРНА

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

от

д-р .....................................................................................................

телефон за връзка: .......................................

УВАЖАЕМИ ПРОФ. РАДЕВ,

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

 Прилагам следните документи:

1. Копие от диплома за висше образование;
2. Копие на лична карта.

Дата: ......................... С уважение: ..........................................

гр. Варна