

МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ - ВАРНА
„Проф. д-р Параскев Стоянов“

Ул. „Марин Дринов“ 55, Варна 9002, България
Тел.: 052/ 65 00 57, Факс: 052/ 65 00 19
e-mail: uni@mu-varna.bg, www.mu-varna.bg



MEDICAL UNIVERSITY - VARNA
„Prof. Dr. Paraskev Stoyanov“

55, Marin Drinov Str., 9002 Varna, Bulgaria
Tel.: +359 52/ 65 00 57, Fax: + 359 52/ 65 00 19
e-mail: uni@mu-varna.bg, www.mu-varna.bg

ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИЗВЪРШЕН ОГЛЕД

Долуподписаният/та _____ (трите имена)
с постоянен адрес: гр./с./ _____, обл. _____,
общ. _____, ул. _____, № _____, бл. _____, вх. _____, ап. _____,
e-mail: _____, тел: _____, GSM: _____,
представляващ/а _____,
/наименование на юридическото лице/,
ЕИК _____,

ДЕКЛАРИРАМ, ЧЕ:

1. На 2025 г. извърших лично/чрез упълномощено от мен лице:

(Имена и длъжност на упълномощеното лице)

оглед на състоянието и условията на отдаваната под наем част от имот - публична държавна собственост (обект) с обща площ 37.47 м², състояща се от три помещения съответно: помещение №1 - 18,64 кв.м., помещение № 2 - 12,25 кв.м. и помещение № 3 - 6,58 кв.м., находящи се в сграда с идентификатор 10135.2554.611.2 по КК на гр. Варна, Ниско тяло на Студентско общежитие блок 35 на ул. „Петър Райчев“ в гр. Варна, с предназначение - за перално стопанство.

2. Запознат/а съм с фактическото състояние на отдаваната под наем площ.

3. Обектът отговаря на изискванията за дейността, за която се отдава.

4. Запознат/а съм с всички условия, касаещи обекта и съм съгласен/сна с тях. Нямам претенции за явни недостатъци.

Дата:

Декларатор:

.....
Име, фамилия