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

гр. Варна 9002, ул. „Марин Дринов“ 55, България
тел.: +359 52 677 050, факс: + 359 52 650 019
uni@mu-varna.bg; www.mu-varna.bg

MEDICAL UNIVERSITY - VARNA
"Prof. Dr. Paraskev Stoyanov"

55 Marin Drinov Str., Varna 9002, Bulgaria
phone: +359 52 650 057, fax: + 359 52 650 019
uni@mu-varna.bg; www.mu-varna.bg

Образец № 2

ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИЗВЪРШЕН ОГЛЕД
от

……..……..……, притежаващ/а л.к. № ……., изд. на ..... от МВР - ....., в качеството ми на ..... на „.....“, регистрирано в....., с БУЛСТАТ/ЕИК ....., със седалище и адрес на управление ....., пълномощник:....., съгласно нотариално заверено пълномощно с изх.№....., рег.....при нотариус....., с рег.№ .....на нот.камара, с адрес за кореспонденция :..... (за юридически лица)

.....притежаващ л.к. №....., изд. на .....от МВР-....., с постоянен адрес:..... и адрес за кореспонденция..... (за физически лица)

ДЕКЛАРИРАМ, ЧЕ:

1. На _____.2026 г. извърших лично/чрез упълномощено от мен лице:

_____
/имена на упълномощеното лице/

_____
/длъжност на упълномощеното лице/

оглед на следното/ите МПС, собственост на Медицински университет-Варна, а именно:

марка:....., **модел:**....., **рег.№:** .....

марка:....., **модел:**....., **рег.№:** .....

2. Запознат/а съм с фактическото състояние на движимата/ите вещ/и – частна държавна собственост, представляващо/и моторно/и превозно/и средство/а, собственост на Медицински университет-Варна.

Дата: _____2026 г. **Декларатор: _____**
/име, фамилия, подпис/