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)

от _____,

притежаващ/а л.к. № _____, изд. на _____ от МВР - _____,

с постоянен адрес: _____,

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 МПС, собственост на Медицински университет-Варна, а именно:

марка: _____, модел: _____, рег.№: _____

държавна собственост, представляващо/и моторно/и превозно/и средство/а, собственост на Медицински университет-Варна.

Дата: _____2026 г. **Декларатор: _____**

/име, фамилия, подпис/