

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 ПРОФ. СТОЯНОВ,**

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