

ДО

ДЕКАНА НА ФАКУЛТЕТ „МЕДИЦИНА“  
МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ – ВАРНА  
УЛ. „МАРИН ДРИНОВ“ 55  
ВАРНА 9002, БЪЛГАРИЯ

УВАЖАЕМИ ГОСПОДИН ДЕКАН,

С настоящото удостоверяваме, че:

1. Съгласни сме ....., студент по специалност „Медицина“, ..... курс в Медицински университет „Проф. д-р Параскев Стоянов“ - Варна да проведе в ..... /име на лечебното заведение/ практическо обучение по една или повече от посочените основни дисциплини:

Основна дисциплина	Продължителност на практическото обучение	Период на провеждане на стажа
<input type="checkbox"/> „Вътрешни болести“	85 дни	от..... до .....
<input type="checkbox"/> „Хирургически болести“	75 дни	от..... до .....
<input type="checkbox"/> “Детски болести“	50 дни	от..... до .....
<input type="checkbox"/> “Акушерство и гинекология“	50 дни	от..... до .....

2. Информацията за проведеното практическо обучение ще бъде детайлно отразена в Книжката за преддипломен стаж на студента и удостоверена с подписа на ръководителя на обучението, определен от лечебното заведение.

3. Уведомени сме и сме съгласни, че за проведеното практическо обучение по т.1 не се дължи никакво възнаграждение от страна на Медицински университет „Проф. д-р Параскев Стоянов“ – Варна, както и че Университетът не изплаща осигуровки и застраховки и не носи никаква отговорност относно искове на трети лица във връзка с провеждането на практическото обучение в лечебното заведение. Отношенията между ..... /име на студента/ и ...../име на лечебното заведение/ ще бъдат уредени помежду ни.

4.....  
.../име и адрес на лечебното заведение/ притежава необходимата акредитация за обучение на студенти.

.....

/Име и подпис на представляващия лечебното заведение/