ДО РЕКТОРА
НА МУ-ВАРНА

ЗАЯВЛЕНИЕ

От ……

Специализант по реда на Наредба № 1 от 2015г. на МЗ

По денталната специалност ……

В база ……, считано от ……

📱 за връзка ……, e-mail ……

УВАЖАЕМИ Г-Н РЕКТОР,

Заявявам желанието си окончателно да прекратя специализацията си по специалността ……
към Медицински университет – Варна, считано от …… .

Уведомен/а съм, че ще бъде издадена заповед за прекратяване на специализацията ми, от ректора на Медицински университет – Варна, която желая да бъде изпратена на следния адрес ……

Дата: С УВАЖЕНИЕ: