



Медицински Университет - Пловдив

Бул. В. Априлов 15а, 4002 Пловдив, България

Вх..№.....
.....

ДО
НАЧАЛНИК ОТДЕЛ „СДО“
НА МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ

СЪГЛАСУВАЛ:
/подпис, име и фамилия на р-л на специализация /

П Л О В Д И В

З А Я В Л Е Н И Е

От д-р
Дом.адрес: гр./с /ул..... тел.....
E-mail адрес.....
Месторабота /гр. /.....
Колегия на БЛС.....УИН.....
Специализант
/Наименование на специализацията/

Форма и дата на специализация
/МФД; места срещу заплащане; по чл.20; чл.20А; чл.20Б, места, финансирани от др.източник/

Начало на специализацията.....

База за практическо обучение / БПО /

УВАЖАЕМА ГОСПОЖО НАЧАЛНИК,

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

С уважение:.....



Медицински Университет - Пловдив

Бул. В. Априлов 15а, 4002 Пловдив, България

ВХ.....

ДО
РЪКОВОДИТЕЛ КАТЕДРА (КЛИНИКА)

СЪГЛАСУВАЛ:

/подпис, име и фамилия на р-л катедра,

в която отива специализанта/

ПО

.....

Относно: индивидуално обучение

Изпращаме Ви д-р.....,
да проведе индивидуално обучение в катедрата (клиниката) Ви по програмата за
специализация

/ вид на специализацията /

считано от

Моля, след приключване на обучението, да представите в отдел «СДО»
удостоверение за проведеното обучение.

Проф. д-р Ив.Костадинова, дм
Началник отдел «СДО» на МУ-Пловдив