



Медицински Университет - Пловдив

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

Вх. №.....

.....

ДО
НАЧАЛНИК-ОТДЕЛ „СДО“
НА МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ

П Л О В Д И В

З А Я В Л Е Н И Е ЗА ПРЕКРАТЯВАНЕ НА СПЕЦИАЛИЗАЦИЯ

От д-р

Адрес за кореспонденция: гр./с / обл.....

ул..... тел.....

Месторабота /гр. /

Колегия на БЛС..... УИН.....

e-mail.....

Специализант по.....

/Наименование на специализацията/

Форма на специализация

Начало на специализация:.....

База за практическо обучение / БПО /

УВАЖАЕМА ПРОФЕСОР КОСТАДИНОВА,

Моля да ми бъде прекратена специализацията, поради

.....

считано от..... до.....

Прилагам съгласие от Ръководителя на специализацията.

С уважение:.....