



До Директора
на Медицински колеж
гр. Пловдив

З А Я В Л Е Н И Е

От.....

/ име, презиме, фамилия /

ЕГН.....Месторождение.....

УИН / от регистъра на БАПЗГ/

Адрес по
местоживеене.....

Работодател.....

Адрес по месторабота.....

Телефон..... e mail.....

Придобита образователна степен за базово медицинско образование със специалност

Средно специално

Полувисше

Медицински специалист

Бакалавър / след 2006 г./

Диплома №.....

Дата и място на издаване.....

Г-жо Директор,

Моля, да бъде записан/а/ в курс за Следдипломно обучение по:

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

който започва от20....г. до20....г. в Медицински колеж-гр. Пловдив.

Дата:20.....г.

гр. Пловдив

С уважение:

/ подпис /