(За обучение в ДЗЗД - Технологичен център за спешна медицина)

Медицински Университет - Пловдив

Отдел „Следдипломно обучение”

4002 Пловдив, бул.В.Априлов, 15А,
Номератор:032 / 602 494, 602 397, 643 780, sdo_plovdiv@abv.bg

Вх.№ …….

ДО НАЧАЛНИК ОТДЕЛ „СЛЕДДИПЛОМНО ОБУЧЕНИЕ” НА МУ-ПЛОВДИВ

З А Я В Л Е Н И Е

От …….

УИН …….....

Месторабота /гр./……

или **Обучителна институция** …….

Адрес за кореспонденция: гр./с. ……. Ул. ……

Тел./джиесем …….....

e-mail ……

УВАЖАЕМИ/А …….,

Моля, да бъда включен/а и да проведа обучение в ДЗЗД - Технологичен център за спешна медицина за периода от…….. / до…….. ……2016г.

……

/ наименование на курса/

……

Прилагам документ за платена такса.

Декларирам с подписа си на настоящото заявление, съгласието си с посочените условия. Уведомен /а съм и не възразявам, относно ползването на вписаните от мен лични данни.

С уважение: ……