

(За курс .....)



# Медицински Университет - Пловдив

## Отдел „Следдипломно обучение”

4002 Пловдив, бул.В.Априлов, 15А,

Номератор:032 / 602 494, 643 780, sdo\_plovdiv@abv.bg

Вх.№.....

ДО  
НАЧАЛНИК ОТДЕЛ „СДО”  
ПРИ МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ

П Л О В Д И В

### З А Я В Л Е Н И Е

От д-р .....

УИН.....

Месторабота /гр. / .....

Адрес (местоживеене): гр./с.....ул.....

Тел.....джиесем.....

e-mail.....

**УВАЖАЕМА ГОСПОЖО НАЧАЛНИК,**

Моля, да бъде включен/а в курс за индивидуално обучение по .....

.....

в катедри на МУ-Пловдив/ клиники на УМБАЛ»Св.Георги» ЕАД/МБАЛ.....

.....

за период от .....до .....

С уважение,.....