



**Отдел „СЛЕДДИПЛОМНО ОБУЧЕНИЕ“**

4002 Пловдив, адрес: бул. “В.Априлов” 15А  
тел.: 032/ 200 722; 032/ 200 709; 032/ 200 717;  
032/ 200 720; 032/ 200 721; 032/ 200 723  
p.st.d@mu-plovdiv.bg

**Department „POSTGRADUATE TRAINING“**

15 A, Vasil Aprilov Blvd, 4002 Plovdiv, Bulgaria  
phone: 00359 032/ 200 722; 032/ 200 709; 032/200 717;  
032/ 200 720; 032/ 200 721; 032/200 723  
p.st.d@mu-plovdiv.bg

**ДО**  
**ПРОФ. Д-Р ИВАНКА КОСТАДИНОВА, ДМ**  
**НАЧАЛНИК ОТДЕЛ „СЛЕДДИПЛОМНО ОБУЧЕНИЕ“**  
**ПРИ МУ-ПЛОВДИВ**

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

От д-р.....  
Месторабота .....  
Адрес (местоживеене): гр./с.....  
ул./бул.....тел.....  
e-mail.....

**УВАЖАЕМА ПРОФЕСОР КОСТАДИНОВА,**

Моля, да бъде включен/а при провеждане на теоретичното обучение, по специалност  
....., съгласно план-графика за теоретично  
обучение за 20.....г. в катедра/секция .....на  
Медицински университет – Пловдив.

Наименование на курса /теор.обучение/.....  
.....  
за периода от .....до .....

**С уважение,**