



**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

Вх.№.....

**ДО**  
**НАЧАЛНИК ОТДЕЛ СДО**  
**НА МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ**  
**ГР. П Л О В Д И В**

**З А Я В Л Е Н И Е**

(за курс от План-разписанието на МУ-Пловдив за следдипломно обучение)

От .....

/трите имена на: лекар, фармацевт, мед.сестра, акушерка и др./

УИН .....

Месторабота /гр./.....(мед.структура).....

Адрес (местоживееене): гр./с.....бул/ул.....

Телефон ..... Е-mail.....

**УВАЖАЕМА ПРОФЕСОР КОСТАДИНОВА,**

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

.....  
/посочва се точно наименование на курса от План-разписанието/

в катедри на Медицински университет – Пловдив /клиники на УМБАЛ.....

в периода от .....до .....

**С уважение.....**