



МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ-СОФИЯ
София 1431, Бул. Иван Гешов № 15, Ректорат, Учебен отдел, ет. 12

РЕГИСТРАЦИОНЕН ФОРМУЛЯР

ВХ. №.....

I. Персонални данни

1. Име.....
2. Дата и място на раждане.....
3. Паспорт №.....ЕГН/ЛИН.....
4. Държава.....
5. Гражданство.....
6. Адрес, Телефон.....



II. Завършено средно образование

Наименование на училището, град и държава и година на завършване

III. Желана специалност и език на обучение в МУ-София

.....

IV. Информирам съм, че в МУ-София, изпратени ДОКУМЕНТИ ЗА СЛЕДВАНЕ ИЛИ ПРЕХВЪРЛЯНЕ по факс, по имейл или по поща не се приемат, не се разглеждат и остават без последствия!

Дата

Подпис:

Съгласен/а съм Медицински университет-София да обработва личните ми данни за приемане на документите ми, публикуване на резултатите от конкурсния изпит по английски език, биология и химия и участие в класирането.

Информирам/а съм, че мога да оттегля моето съгласие по всяко време, само по отношение на личните данни, които не засягат законосъобразността на обработването като използвам „формуляра за оттегляне на съгласието на субекта за данни“, чрез изпращане по имейл на dpo@mu-sofia.bg.

Подпис: