**ОБРАЗЕЦ № 2**

**/набран на компютър/**

**МЕСТОРАБОТА** ....................................................................................................................................

 **/**МБАЛ, СБАЛ и др./

Адрес: гр. ................................................................................, Пощенски код .........................................

Бул./ул. .......................................……………………………………….........……...…. № .......................

**З А Я В К А**

**от...........................................................................................................................**

/Име, презиме, фамилия/

Специалност .........................................., в клиника .........................................,

 /м. с., ак., мед. лаб. и др./

ЕГН ................................................., УИН № .....................................................

GSM: ............................................, e-mail: ..........................................................

 /задължително/

За участие в курс № ........................... с начална дата ......................................

на тема: ................................................................................................................

...............................................................................................................................

**Подпис: ...........................**