



МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ – СОФИЯ

Medical University – Sofia

РЕКТОРАТ

Rectorate

София, Бул. “Акад. Иван Е. Гешов” № 15,
София 1431, тел. (02)9152140; rector@mu-sofia.bg

“Akad. Ivan E. Geshov” blvd. 15, Sofia 1431
tel. +359(2)9152140; rector@mu-sofia.bg

ДО
РЕКТОРА
НА МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ - СОФИЯ

ПРЕДВАРИТЕЛНО СЪГЛАСИЕ И НАМЕРЕНИЕ НА РАБОТОДАТЕЛ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР ПО ЧЛ.95А ОТ ЗВО

Долуподписаният/та.....

(име, презиме, фамилия)

В качеството си на

(посочва се длъжността)

и представляващ.....,

(пълно наименование на лечебното заведение – работодател)

с ЕИК

със седалище и адрес на управление:.....

Тел.....email:.....

което е лечебно заведение/ търговско дружество, включено в списъка на работодателите, приет с РМС от 2026 г., заявявам предварително съгласието и намерението ми за сключване на тристранен договор по реда на чл.95а от ЗВО и Наредба за условията и реда за осигуряване на заплащането на разходите за обучение на студенти със сключени договори с работодател /ДВ, бр. 7 от 26.01.2021 г./ между представляваното от мен лечебно заведение/ търговско дружество, Медицински университет - София и

....., кандидатстващ/ а за допълнителен прием под условие (при сключен договор с работодател) в Медицински университет - София за учебната 2026/2027 година по специалност „Медицина“ за обучение на място, за което се осигуряват трансфери от държавния бюджет.

Декларирам, че съм запознат/а със съдържанието на Наредбата за условията и реда за осигуряване на заплащането на разходите за обучение на студенти със сключени договори с работодател /ДВ, бр. 7 от 26.01.2021 г./ и правата и задълженията на работодателя, в случай, че студентът бъде класиран от Медицински университет – София за обучение по този ред.

Дата:

Подпис и печат:.....