



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

ЗАЯВЛЕНИЕ

От,
Вх. номер от системата за прием на студенти /от редовните изпити/,
Тел. номер, e-mail:

УВАЖАЕМИ Г-Н РЕКТОР,

Заявявам желание да участвам в класиране за **специалност „Медицина“** – допълнителен прием под условие (при сключен договор с работодател), утвърден с Решение на Министерски съвет, по реда на чл.95а от Закона за висшето образование и 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./, до завършване на курса на обучението ми по горната специалност.

В класирането ще участвам със състезателния бал от успешно положените изпити през 2026 година в Медицински университет - София.

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 произтичащите от това права и задължения, в случай, че бъда класиран/а.

Дата: 2026 г.

.....

/подпис/