Медицински университет „проф. Д-р П. Стоянов“ - Варна

*ОБРАЗЕЦ*

**У Т В Ъ Р Ж Д А В А М:**

ЗАМ.РЕКТОР КНС

проф. д-р Св. Георгиев, д.м.

**З А Я В К А**

за провеждане на индивидуално обучение /курс/

от .............................................................

/имена по лична карта на кандидата/

ЕГН........................, УИН .............................

Месторабота.................................................................................................................

Адрес:......................................................................................................................

🕿............................, 🖁...............................

E- mail……………………………………………………………

Желая да проведа следдипломно обучение/курс към МУ-Варна за Курс № 137/2019 г.

на тема: Семейна и социална среда на новороденото

в база: Медицински университет-Варна

с ръководител:ас.д-р Екатерина Вълчева

с продължителност на обучението: 3 дни

ПРИЛАГАМ:

1. Диплома за висше образование – копие;
2. Свидетелство за специалност /при налична такава/ – копие;
3. Документ за платена такса за курса - 50 лева

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

/дата/ /подпис на кандидата/

За заплащане на таксата:

БАНКОВА СМЕТКА на МУ-ВАРНА

Банка ДСК ЕАД, Клон Варна

BIC: STSABGSF

IBAN: BG24STSA93003100040700

Основание за плащане: Участие в курс № 137/2019 г.

на тема: „Семейна и социална среда на новороденото”