



ЗАЯВЛЕНИЕ
2018/2019 АКАДЕМИЧЕСКИЙ ГОД
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ -
ВАРНА

Болгария, Варна 9002,
ул. Марин Дринов, 55
Тел: + 359 52 67 70 85
Факс: +359 52 67 70 86, +359 52 65 00 19
Електр. адрес: students_office@mu-varna.bg

Резолюция Ректора:

К вниманию Ректора Медицинского университета „Проф. Д-ра Параскева Стоянова”- Варна:

Уважаемый господин Ректор,

Прошу рассмотреть мои документы для поступления в магистратуру на русском языке: „Общественное здравоохранение и управление здравоохранения” на 2018/2019 учебный год.

Дата подачи документов:

Фотография

Входящий № документов:

Пожалуйста, аккуратно заполните заявление:

I. ПЕРСОНАЛЬНЫЕ ДАННЫЕ

ФИО _____
Фамилия *Имя* *Отчество*

Пол: Мужской Женский Гражданство _____

Месторождение _____
Город *Край/Область/Район* *Страна*

Дата рождения _____ Национальность _____
День *Месяц* *Год*

Постоянное местожительство:

Улица и № _____
Город _____
Индекс _____
Страна _____
Телефон _____
Факс (по возможности) _____
E-mail _____

Адрес для корреспонденции:

Улица и № _____
Город _____
Индекс _____
Страна _____
Телефон _____
Факс (по возможности) _____
E-mail (if available) _____

II. ОБРАЗОВАНИЕ

Напишите пожалуйста название института или университета, который Вы закончили:

<i>ВУЗ</i>	<i>Город, Область</i>	<i>Период обучения (от-до)</i>	<i>Номер диплома и дата выдачи</i>
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

III. ЗНАНИЕ ИНОСТРАННЫХ ЯЗЫКОВ

Напишите, пожалуйста уровень знаний иностранных языков: отлично, хорошо, удовлетворительно

Английский _____ Немецкий _____

Французский _____ Испанский _____

Другой язык (уточните, пожалуйста) _____

IV. ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ (достижения, занятия по интересам, хобби и др.)

Удостоверяю подлинность всей предоставленной информации в Заявлении как и то, что она соответствует моим знаниям в наивысшей степени

Дата: _____

Подпись: _____