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

 ОБРАЗЕЦ

У Т В Ъ Р Ж Д А В А М:

ЗАМ. РЕКТОР КР

проф. д-р Св. Георгиев, дм

**З А Я В К А**

за провеждане на курс

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

/имена по лична карта на кандидата/

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

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

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

е-mail…………………………………………………………………...........тел....................................................................

Желая да проведа индивидуално обучение от План-разписанието на МУ – Варна за 2018 г.на тема: **Ранна детска интервенция**

в база: МУ - Варна

с ръководител: доц. Р. Панчева, д.м.

с продължителност на обучението: 6 учебни дни – 9- 11.07.2017 г. и 16-18.07.2017 г.- 60 учебни часа в два модула.

ПРИЛАГАМ:

1. Сканирана диплома за висше образование;

2. Сканирано копие от платежното нареждане за 250 лв. по сметка на МУ-Варна: Банка „ДСК" ЕАД-клон Варна, BIC: STSABGSF и IBAN: BG24STSA93003100040700

Дата:.......................... Подпис на кандидата: ………………………………....

Дата на започване на обучението - 09.07.2017 г. (понеделник), 09.00 ч., РЗИ-Варна, ул. „Брегалница“ 3 Катедра „Хигиена и епидемиология“, ет.1, зала Панорaмна 1.