

ДО

НАЧАЛНИКА НА ВМА

.....
.....

З А Я В Л Е Н И Е

от

д-р.....
Адрес:.....
Месторабота:.....
Телефон:.....GSM.....
Email.....

УВАЖАЕМИ Г-Н НАЧАЛНИК,

Моля, за Вашето разрешение да проведя обучение за извършване на високоспециализирана дейност в здравеопазването по:

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

база на обучение.....
срок от.....учебни дни, считано от.....,
съгласно изискванията на учебната програма.

Прилагам следните документи:

Фотокопие от свидетелство за призната специалност.

Фотокопие от диплома за висше образование.

дата:.....

ПОДПИС:.....

РЪКОВОДИТЕЛ КЛИНИКА

.....
.....

ВМА