|  |  |
| --- | --- |
|  | **МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ – СОФИЯ**  **ФАКУЛТЕТ ПО ДЕНТАЛНА МЕДИЦИНА**  **1431, София, бул. „Св. Г. Софийски” № 1, тел.: +359 2 952 05 59, факс: 952 15 06**  -----------------------------------------------------------------------------------------------------------  **FACULTY OF DENTAL MEDICINE**  **MEDICAL UNIVERSITY – SOFIA**  **1 G. Sofiiski Str.,1431, Sofia, Bulgaria, tel.: +359 2 952 05 59, fax: 952 15 06** |

ДО Г-Н ДЕКАНА

НА ФАКУЛТЕТА ПО ДЕНТАЛНА МЕДИЦИНА

СОФИЯ

**З А Я В Л Е Н И Е**

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

студент(ка) в \_\_\_\_\_\_\_\_ курс, фак. № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ група \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**УВАЖАЕМИ Г-Н ДЕКАН,**

Моля да ми бъде издаден документ за:

* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ власти;
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ банка;
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ армия
* МВР. Номер на личната карта \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, валидна до \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ дата на раждане \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ в гр. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ държава \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

адрес в София \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

София, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ С уважение: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_