ОБРАЗЕЦ № 2
/набран на компютър/

МЕСТОРАБОТА .....
/МБАЛ, СБАЛ и др./

Адрес: гр. ....., Пощенски код .....

Бул./ул. .....…….....……..… № .....

З А Я В К А

от.....
/Име, презиме, фамилия/

Специалност ....., в клиника .....,
/м. с., ак., мед. лаб. и др./

ЕГН ....., УИН № .....

GSM: ....., e-mail: .....
/задължително/

За участие в курс № ..... с начална дата .....

на тема: .....

.....