ДО

 ДЕКАНА НА МЕДИЦИНСКИ ФАКУЛТЕТ ПРИ МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ-СОФИЯ

З А Я В К А

 № .......

От…………………………………………………………………………………………………………………………………………………

 **/трите имена /**

Ръководител на проект № .................................... / ........ г.

финансиран от Съвета за медицинска наука при МУ-София

ОТНОСНО: Изпълнение на Решения на заседание на Академичния съвет МУ-София от 26.09.2023 г., обективирано в т.7.1., във връзка с необходимостта от изразходване на средства по точка/и (.................................................................................................................................... ..................................................................................................................................) от финансовия план /план-сметката на Договор № ................................/.......................г.

 УВАЖАЕМИ ГОСПОДИН ДЕКАН,

Във връзка с изпълнението на задачите по проект № ............................ /……………………………….г. . заявявам, че е необходимо да се закупи ........................................................................................

**/посочва се вида потребност и стойност по точки от финансовия план/план-сметката на договора/**

и/или да се извърши услуга за .......................................................................................................

**/посочва се вида потребност и стойност по точки от финансовия план/план-сметката на договора/**

на обща стойност в размер на................................лв. с ДДС. **Разходите ще бъдат извършени директно.**

 По точка/и........................................................................... от финансовия план на договора са **/изброяват се номерата на точките/**

предвидени средства в размер на ......................................лв. с ДДС. Към момента са изразходвани ......................... лв. с ДДС и са налични............................................................................лв. с ДДС.

Дата: ................ 20.... г. С УВАЖЕНИЕ: ........................................................... гр. София /**име и фамилия, подпис на ръководителя на договора/**

 **СЪГЛАСУВАЛИ: …………………………………………………………………………………………**

 **1.…………………………………………………………………………………………………………..**

 **2…………………………………………………………………………………………………………..**

 **/име, фамилия и подпис на научните ръководители на докторанта/**

 КАТЕДРА:………………………………………………………………