

МЕДИЦИНСКИ ФАКУЛТЕТ

ОТДЕЛ ЧУЖДЕСТРАННИ СТУДЕНТИ

Академична година 20...../20.....

Курс.....

Факултатен номер.....

Група.....

РЕГИСТРАЦИОННА ФОРМА

1. Име.....
2. Държава.....
3. Специалност.....
4. Адрес в София.....
5. Телефон/e-mail.....
6. Дата и място на раждане.....
7. Паспорт (№ на паспорта, дата на издаване, издаден от, период на валидност).....
.....
8. Номер на българското разрешително за пребиваване.....
9. Постоянен Адрес (държава, град, улица).....
10. Гражданство.....
11. Средно Образование (име на учебното заведение, година на завършване).....
.....

София.....20.....

Подпис.....