MEDICAL FACULTY

**FOREIGN STUDENTS DEPARTMENT**

Academic year 20…../20…..

Course……………………... Faculty number……………….

Group………………………

**REGISTRATION FORM**

1. Name…………………………………………………………………………………………..
2. Country………………………………………………………………………………………...
3. Degree Programme…………………………………………………………………………….
4. Address in Sofia……………………………………………………………………………….
5. Telephone/e-mail………………………………………………………………………………
6. Date and place of birth………………………………………………………………………...
7. Passport (passport №, date of issue, issuing authority, period of validity)…………………… …………………………………………………………………………………………………
8. Number of the Bulgarian Residence Permit…………………………………………………...
9. Permanent Address (country, city, street)……………………………………………………
10. Nationality……………………………………………………………………………………..
11. Secondary Education (name of the school, graduation year)……………………………….… …………………………………………………………………………………………………

Sofia……………..20….. Signature………...………………

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……….....………………