

ДЕКАНАТ 2
Чуждестранни студенти
Фармацевтичен факултет при МУ – София

ДО
ДЕКАНА
НА ФАРМАЦЕВТИЧЕН ФАКУЛТЕТ
ПРИ МУ – СОФИЯ

ЗА Я В Л Е Н И Е

От Фак.№ Курс..... Група.....
(names) (fac. №) (course) (group)

Държава, Ел.поща.....
(country) (e-mail)

Телефон
(phone number)

ГОСПОДИН ДЕКАН,

Моля, да ми бъде издадено **УДОСТОВЕРЕНИЕ** за властите на /for authority to

.....
(country)

Надявам се, молбата ми да бъде удовлетворена.

Дата/**Date** 20..... год.
София/**Sofia**

Подпис:
Signature