



**АСОЦИАЦИЯ НА СТУДЕНТИТЕ ПО МЕДИЦИНА
В БЪЛГАРИЯ – СОФИЙСКИ УНИВЕРСИТЕТ**

София 1407, ул. “Козяк” №1

До Управителен съвет на
Асоциация на студентите медици в България - СУ,
гр. София

МОЛБА

ОТ _____ ,
(име, презиме, фамилия)

студент/ка по Медицина в СУ „Св. Климент Охридски” - София, _____ курс,
фак. № _____

Телефон за връзка: _____

E-mail: _____

Моля да бъде приет за член на “Асоциация на студентите по медицина в България – Софийски Университет”. Заявявам, че приемам Устава и ще съдействам за постигане на целите на сдружението.

гр. София, _____
(дата)

(подпис)

Попълва се от АСМБ-СУ:
Вход. № : _____ / 20__ год.

Секретар: _____