



РЕПУБЛИКА БЪЛГАРИЯ
МИНИСТЕРСТВО НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО

УДОСТОВЕРЕНИЕ

№

На основание чл. 84, ал. 3 от Закона за признаване на професионални квалификации

ПРИЗНАВАМ:

професионална квалификация.....

на

(име, презиме, фамилия)

.....
(ЕГН или ЛНЧ или № на документа за самоличност)

.....
(дата и място на раждане, гражданство)

Г-н/г-жа.....

е завършил/а.....

(специалност)

и придобил/а професионална квалификация

В

(наименование на чуждестранната институция, издала документа; държавата)

Удостоверението служи за упражняване на медицинска професия на територията на Република България.

София,Г.
(дата на издаване)

МИНИСТЪР: