



РЕПУБЛИКА БЪЛГАРИЯ  
МИНИСТЕРСТВО НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО

**УДОСТОВЕРЕНИЕ**

№

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

**ПРИЗНАВАМ:**

придобита специалност по: .....  
(медицинска специалност от номенклатурата на специалностите на наредбата по чл. 181 от Закона за здравето)

.....  
(наименование на институцията, издала документа; държавата)

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:**