



## ЗАЯВКА ЗА ГРУПОВИ ПОСЕЩЕНИЯ В ЦЕНТРАЛНА МЕДИЦИНСКА БИБЛИОТЕКА, МУ-СОФИЯ

\* ИНФОРМАЦИЯ ЗА ГРУПАТА (учебно заведение / институция, т.н.)

\* АДРЕС:

\* ЛИЦЕ ЗА КОНТАКТ (име, фамилия, длъжност):

\* ТЕЛЕФОН:

\* ЕЛЕКТРОННА ПОЩА:

(e-mail на учебното заведение / институцията/ лицето за контакт)

\* БРОЙ ПОСЕТИТЕЛИ:

\* ЕЗИК:

\* ВЪЗРАСТОВА ГРУПА:

\* ЦЕЛ НА ПОСЕЩЕНИЕТО:

\* ДАТА (ДД/ММ/ГГГГ)

(предпочитана дата за посещение)

Допълнителни бележки:

\*Задължително поле

След попълване, моля изпратете заявката като прикачен файл на e-mail: [library@cml.mu-sofia.bg](mailto:library@cml.mu-sofia.bg)  
най-малко 3 работни дни преди посочената за посещение дата.