



UNIVERSITATEA DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE
"CAROL DAVILA" din BUCUREȘTI



DIRECȚIA GENERALĂ SECRETARIAT UNIVERSITATE

SECRETARIAT ȘCOALĂ DOCTORALĂ

Nr. de înregistrare ____/__. ____

DOMNULE RECTOR,

Subsemnatul(a)*, _____

CNP _____, student-doctorand înmatriculat la data de
____. ____., forma BUGET TAXĂ , domeniul Medicină , Medicină Dentară ,
Farmacie în cadrul UMF „Carol Davila” din București, având conducător științific pe dna/dnul
Prof/Conf.Dr. _____, cu titlul tezei(**) _____

prin prezenta, vă rog sa-mi aprobați eliberarea unei adeverințe care să ateste calitatea de
student-doctorand.

Adeverința îmi este necesară pentru _____.

Prezenta adeverință are o perioadă de valabilitate de 30 de zile de la data emiterii.

TELEFON: _____

Semnătura

Aviz,

Serviciu Financiar Contabilitate

* se va completa numele din certificatul de nastere

** se va completa cu majuscule

Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila” din București
Strada Dionisie Lupu nr. 37 București, Sector 2, 020021 România, Cod fiscal: 4192910
Cont: RO57TREZ70220F330500XXXX, Banca: TREZORERIE sect. 2
+40.21 318.0719; +40.21 318.0721; +40.21 318.0722
www.umfcd.ro