



**UNIVERSITATEA DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE
"CAROL DAVILA" din BUCUREȘTI**



Nr. _____

DOMNULE DECAN,

Subsemnatul/a _____, număr
legitimă de concurs _____, candidat la Concursul de admitere, sesiunea **Iulie 2021**,
Facultatea de Moașe și Asistență Medicală, solicit înscrierea în anul I, anul universitar 2021-
2022, forma de învățământ cu taxă, la Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila“,
Facultatea de Moașe și Asistență Medicală.

Am luat la cunoștință că:

- Valoarea taxei este de 8.000 lei/an universitar;
- După aprobarea cererii mă oblig să achit 50% din taxa de școlarizare, în perioada 03 august – 05 august 2021;
- În caz de neplată, pierd locul solicitat.

Data: _____

Semnătura,

Nr. tel.: _____

E-mail: _____