



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



Nr. \_\_\_\_\_

**DOAMNĂ DECAN,**

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

Am luat la cunoștință că:

- Valoarea taxei este de 15.000 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: \_\_\_\_\_