Aprobat,

DECAN

**Domnule Decan,**

 Subsemnatul/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ din țara \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ student/ă la Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila “din București, Facultatea de Medicină, programul de studii \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, forma de învățământ – cu frecvență, forma de finanțare \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, în anul de studii \_\_\_, seria \_\_\_\_, grupa\_\_\_\_\_, nr. matricol\_\_\_\_\_\_\_, anul universitar \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, vă rog să-mi aprobați ***eșalonarea plății taxei de școlarizare.***

 Menționez că până la aceasta data am achitat \_\_\_\_\_\_\_\_\_ din valoarea taxei de școlarizare, care este \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ .

Propun să plătesc valoarea rămasă astfel:

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data, Semnătura,

Date de contact:

Telefon:

Email:

*Domnului Decan al Facultății de Medicină*