



UNIVERSITATEA DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE
„CAROL DAVILA“ DIN BUCUREȘTI



Str. Dionisie Lupu 37, sector 2, București, 020021, România, www.umfed.ro, email: rectorat@umfed.ro

Nr. de înregistrare ___/___/_____

Domnule Director,

Subsemnatul(a) _____

(se va completa numele din certificatul de naștere) student-doctorand înmatriculat la data de ____ . ____ . ____ forma buget / taxă, în domeniul de studii universitare de doctorat Medicină , Medicină Dentară , Farmacie în cadrul UMF „Carol Davila” din București, având conducător științific pe dna/dnul Prof/Conf.univ.dr. _____ , cu titlul tezei(*) _____

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

Adeverința îmi este necesară pentru _____.

**Semnătura,
STUDENT – DOCTORAND**

.....

Telefon: _____

E-mail: _____

** se va completa cu majuscule*

Domnului Director al Școlii Doctorale a Universității de Medicină și Farmacie "Carol Davila" din București