**Anexa 10**

**Aprobat,**

 **Rector**

***STIMATE DOMNULE RECTOR***

*al Universității de Medicină și Farmacie ”Carol Davila” din București,*

Subsemnatul ......................................................................................, student în anul.............. la Facultatea........................................................... din cadrul Universității de Medicină și Farmacie „Carol Davila” din București, în calitate de ...................................... al ........................................................................................................, vă rog a aproba virarea sumei de....................... **lei**, conform *PROTOCOLULUI DE COLABORARE* nr................... din data de............................., încheiat între Universitatea de Medicină și Farmacie “Carol Davila” din București și.............................................................................................................................., către: ..............................................................................................................., cu sediul în.................................................., sector ......., str............................................................., nr..., CIF.............................., având contul bancar nr................................................................................, deschis la..............................................................

Menționez că această sumă este necesară pentru desfășurarea în bune condiții a activității extracurriculare cu titlul .............................................................................................................., ale cărei activități se vor desfășura în anul 2024.

Devizul de cheltuieli este în sumă totala de .................... lei (................. lei finanțare ME și .................... lei finanțare UMFCD).

 ***Reprezentant legal,***

*(Nume, prenume, semnătură, ștampilă)*