

CERERE PENTRU EȘALONAREA TAXEI DE ȘCOLARIZARE

Aprobat,
DECAN

DOAMNĂ DECAN,

Subsemnatul/a, _____,
din țara _____ (*studentii internaționali*), student/ă la U.M.F. "Carol Davila" din București,
Facultatea de Stomatologie, programul de studii Medicină Dentară, forma de învățământ – cu
frecvență, forma de finanțare _____, 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:

DATE DE CONTACT:

Telefon: _____

E-mail: _____

Data
____ / ____ / _____

Semnătura
