***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............................., către: ....................................................................................................., cu sediul în.................................................., sector ......., str............................................................., nr..., CIF........................................................., având contul bancar nr..............................................., deschis la.................................................................................., încheiat între Universitatea de Medicină și Farmacie “Carol Davila” din București și.............................................................................................

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

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

***Reprezentant legal,***

*(Nume, prenume, semnătură, ștampilă)*