



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 ____/____. ____.

CERERE AUDIENȚĂ

Director Școală Doctorală

Subsemnatul/a în calitate de student-doctorand înmatriculat la data /..... /....., forma ☐ buget / ☐ taxă, în domeniul de studii universitare de doctorat : ☐ Medicină, ☐ Medicină Dentară, ☐ Farmacie în cadrul UMF „Carol Davila” din București, sub conducerea științifică a Prof./Conf.univ.dr., prin prezenta, vă rog a-mi aproba **înscrierea în audiență**.

Solicit această audiență pentru

Semnătura,

STUDENT - DOCTORAND

.....

TELEFON:

Domnului Director al Școlii Doctorale

UMFCD: cod fiscal: 4192910, cont: RO13TREZ70020F330500XXXX, banca: Trezoreria Municipiului
București

tel: +40.21 318.0719; +40.21 318.0721; +40.21 318.0722