



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

ȘCOALA DOCTORALĂ

Domnule Director,

Subsemnatul(a)* _____,
(se va completa numele din certificatul de naștere căs. numele de căsătorie și prenume)

Student-doctorand înmatriculat la data de: _____.____._____,

Forma: ☐ buget cu bursă ☐ buget fără bursă ☐ taxă,

Domeniul de doctorat: ☐ Medicină ☐ Medicină Dentară ☐ Farmacie,

Conducător de doctorat _____,

Telefon _____,

Email instituțional _____,

Solicit eliberarea unei adeverințe care să ateste calitatea de student-doctorand.

Adeverința îmi este necesară pentru _____.

Semnătură,

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

* se va completa cu majuscule