



**UNIVERSITATEA DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE
„CAROL DAVILA“ DIN BUCUREȘTI**



Str. Dionisie Lupu 37, sector 2, București, 020021, România, www.umfcd.ro, email: rectorat@umfcd.ro

**Avizat,
Direcția Financiar Contabilă**

**APROBAT,
Consiliul Școlii Doctorale**
din data de : _____

Domnule Director al Școlii doctorale,

Subsemnatul/aCNP,
student-doctorand înmatriculat la data /.... /..... , forma ☐ buget / ☐ cu taxă, sub
conducerea științifică a Prof./Conf.univ.dr. ,
în domeniul de studii universitare de doctorat : ☐ Medicină, ☐ Medicină Dentară,
☐ Farmacie, vă rog să binevoiți **a-mi aproba reluarea calității de student-doctorand** în
anul universitar **2025-2026**, suspendată la data de prin Hotărârea
Consiliului de Administrație.

Anexez documentele privind dovada plății.

Mențiuni.....
.....

Data :

Semnătura,

STUDENT-DOCTORAND

.....

Telefon :

E-mail :

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