



**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

DOMNULE RECTOR,

Subsemnatul (a) _____

din țara _____, născut (ă) la data de _____, medic
rezident, în specialitatea _____ anul _____.

NOTĂ DE LICHIDARE

Direcția	Semnătură /ștampilă
1. Biblioteca UMF – Bdul Eroilor nr.8, Facultatea de Medicină	
2. Direcția Social – Campus Grozăvești, cămin U 5, camera 5	
3. Serviciul Studenți Internaționali	
4. Direcția Financiar Contabilă – Rectorat, camera 3	

Data _____

Semnătura titularului