CERERE PENTRU EȘALONAREA TAXEI DE ȘCOLARIZARE

Aprobat,

DECAN

Domnule Decan,

Subsemnatul/a_____ din țara _____ student/ă la Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila“ din București, **Facultatea de Asistență Medicală**, programul de studii _____, forma de învățământ – cu frecvență, **forma de finanțare cu taxă**, anul universitar_____ în anul de studii_____, grupa _____, nr. matricol _____, vă rog să-mi aprobați ***eșalonarea plății taxei de școlarizare.***

Menționez că până la aceasta data am achitat _____ din valoarea taxei de școlarizare, care este _____ .

Mă oblig să plătesc diferența rămasă astfel:

_____31octombrie_,_20decembrie, 20februarie 20 mai

_____

_____

_____ _____

Data _____ Semnătura_____

Date de contact:
Telefon:
Email:

Domnului Decan al Facultății de Asistență Medicală

CERERE PENTRU EȘALONAREA TAXEI DE ȘCOLARIZARE