



**UNIVERSITATEA DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE
"CAROL DAVILA" din BUCUREȘTI**



Nr. _____

DOMNULE/DOAMNĂ DECAN,

Subsemnatul/a _____, număr
legitimă de concurs _____, candidat la Concursul de admitere, sesiunea **Iulie 2020**,
Facultatea de _____, solicit înscrierea în anul I, anul universitar 2020-
2021, forma de învățământ cu taxă, la Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila“,
Facultatea de _____ .

Am luat la cunoștință că:

- Valoarea taxei este de 9000 lei;
- După aprobarea cererii mă oblig să achit 50% din taxa de școlarizare, în perioada 04 august – 07 august 2020
- În caz de neplată, pierd locul solicitat.

Data: _____

Semnătura,

Nr. tel.: _____

E-mail: _____