



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



Nr. _____

DOMNULE DECAN,

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

Am luat la cunoștință că:

- Valoarea taxei este de 6000 euro/an universitar;
- După aprobarea cererii mă oblig să achit 50% din taxa de școlarizare până la data de 11 septembrie 2020.
- În caz de neplată, pierd locul solicitat.

Data: _____

Semnătura,

Nr. tel.: _____

E-mail: _____