



UNIVERSITATEA DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE
"CAROL DAVILA" din BUCUREȘTI



Formular V

NUME ȘI PRENUME * : _____

DOMENIUL DE STUDII UNIVERSITARE DE DOCTORAT:

MEDICINĂ

MEDICINĂ DENTARĂ

FARMACIE

SPECIALITATEA (Conducătorului de doctorat) : _____

CONDUCĂTOR ȘTIINȚIFIC: _____

TELEFON : _____

E-MAIL: _____

* Se va completa cu majuscule, font calibri, size 24, bold. În cazul doamnelor c s torie se va completa pe tipizat astfel: numele înainte de cas torie urmat de numele dobândit prin c s torie, inițiala tat lui i prenumele candidatei (Ex: POPESCU C S. IONESCU T. MARIA) Se va completa domeniul de doctorat (Ex: MEDICINA/MEDICINA DENTARA/FARMACIE) i specialitatea Conduc torului tiin ific.

Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila” din București
Strada Dionisie Lupu nr. 37 București, Sector 2, 020021 România, Cod fiscal: 4192910
Cont: RO57TREZ70220F330500XXXX, Banca: TREZORERIE sect. 2
+40.21 318.0719; +40.21 318.0721; +40.21 318.0722
www.umfcd.ro