



UNIVERSITATEA „DUNĂREA DE JOS” DIN GALAȚI
FACULTATEA DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE
Galați, Al. I. Cuza, 35, 800010
Tel. 0336.130217
www.fmfgl.ro

Nr. înreg. _____/_____

Coordonator program de rezidențiat

DE ACORD

C E R E R E

Subsemnatul(a),
medic/medic stomatolg/farmacist primar/specialist în specialitatea,
....., conform ordinului MS nr din data,
încris(ă) în cea de a doua specialitate în regim cu taxă în specialitatea
....., în anul, în Centrul
Universitar, prin prezenta solicit **renunțarea** la calitatea de medic rezident
începând cu data de

telefon

e-mail

Data

.....

Semnătura

.....

Doamnei Decan a Facultății de Medicină și Farmacie Galați