

Coordonator program de rezidențiat

DE ACORD

C E R E R E

Subsemnatul(a) dr
medic/medic stomatolog/farmacist, absolvent al Universității
Facultatea, cetățean străin cu domiciliul
în țara, vă rog să-mi aprobați **înscrierea**
la rezidențiat în specialitatea
în Centrul Universitar.....

telefon

e-mail

Data

.....

Semnătura

.....

Domnului/Doamnei Prof. dr. /Conf. dr. /Șef lucrări dr.