NR._____/_____2022

Domnule Decan,

Subsemnatul(a) _____,
student(ă) în anul____, în cadrul Facultăţii de Farmacie, Program de studii Farmacie, forma financiară_____, vă rog a-mi aproba eliberarea unei adeverinţe, fiindu-mi necesară la _____
_____

Data Semnătura

Domnului Decan al Facultăţii de Farmacie

MINISTERUL EDUCAȚIEI
Universitatea de Medicină și Farmacie din Craiova
FACULTATEA DE FARMACIE

NR._____/_____2022

A D E V E R I N Ţ Ă

Adeverim prin prezenta ca studentul(a)_____
este înscris(ă) în anul _____ de studii, anul universitar 2021-2022, învăţământ cu frecvenţă, forma BUGET/TAXĂ.

Adeverinţa se eliberează, la cerere, pentru a-i servi la_____

Decan,
Prof. univ. dr. Johny NEAMŢU

Secretar-Şef Facultate,
Carmen Castelina NEAGA