Domnule Decan,

Subsemnatul/subsemnata\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, student/ă în cadrul Facultăţii de Stomatologie, program de studii - Medicină Dentară/Tehnică Dentară, anul \_\_\_\_\_\_, an universitar \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, grupa \_\_\_\_\_\_, vă rog a-mi aproba cererea prin care solicit plata în mod eşalonat a taxei de şcolarizare, după cum urmează:

1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data: Semnătura:

Domnului Decan al Facultăţii de Stomatologie