

Cod Curs .....

Denumirea cursului .....

Perioada .....



**UMF**

UNIVERSITATEA DE  
MEDICINĂ ȘI FARMACIE  
**IULIU HAȚIEGANU**  
CLUJ-NAPOCA

## FIȘĂ DE ÎNSCRIERE

Nume și prenume .....

Locul și data nașterii .....

Denumirea instituției unde lucrează .....

Localitatea ..... Județul .....

### Specialitatea

Medic/Farmacist .....

### Domiciliul stabil

Localitatea ..... Str. .... Nr. ....

Județul ..... Nr. telefon ..... adresa e-mail\* .....

Act plată ..... din .....

Suma achitată în lei .....

Data .....

Semnătura .....

\* doresc să primesc informații referitor la cursuri postuniversitare similare la adresa de e-mail