|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **INSTITUȚIA PUBLICĂ UNIVERSITATEA DE STAT DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE**  **„NICOLAE TESTEMIȚANU” DIN REPUBLICA MOLDOVA** | **Pag. 1 / 1** |
| APROB  Rector  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Emil Ceban  \_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_    *Stimate Domnule Rector,*  *Subsemnatul(a)*  , *medic rezident în anul* , *gr.* , *specialitatea*  , *Catedra de*  *solicit acordul Dumneavoastră privind*  *Anexă:*  *(după caz)*      data semnătura  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  nr. de telefon  Dlui Emil Ceban, rector al USMF „Nicolae Testemițanu”  dr. hab. șt. med., profesor universitar  COORDONAT  Șef catedră  Responsabil instituțional  la baza clinică de rezidențiat  Decan | | |