|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **INSTITUȚIA PUBLICĂ UNIVERSITATEA DE STAT DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE****„NICOLAE TESTEMIȚANU” DIN REPUBLICA MOLDOVA** | **Pag. 1 / 1** |
| APROBRector\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_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 telefonDlui Emil Ceban, rector al USMF „Nicolae Testemițanu”dr. hab. șt. med., profesor universitarCOORDONAT Șef catedră Responsabil instituțional la baza clinică de rezidențiat Decan |