



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) _____,
solicit permisiunea Dumneavoastră privind _____

_____.

Data

Semnătura

Dlui Emil Ceban,
rector IP USMF „Nicolae Testemițanu”,
dr. hab. șt. med., profesor universitar