

NR. _____ / ____ / _____ 2026

Domnule Decan,

Subsemnatul(a) _____, student(ă) în anul _____, în
cadrul Facultății de Farmacie, Program de studii Farmacie, forma financiară _____, vă rog a-mi aproba
eliberarea unei adeverințe, fiindu-mi necesară la _____

Data

Semnătura

Domnului Decan al Facultății de Farmacie



MINISTERUL EDUCAȚIEI ȘI CERCETĂRII

UNIVERSITATEA DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE DIN CRAIOVA

FACULTATEA DE FARMACIE



NR. _____ / ____ / _____ 2026

A D E V E R I N Ț A

Adeverim prin prezenta ca studentul(a) _____
este înscris(ă) în anul _____ de studii, anul universitar 2026-2027, învățământ cu frecvență, forma BUGET/TAXĂ.

Adeverința se eliberează, la cerere, pentru a-i servi la _____

Decan,

Prof. univ. dr. Octavian CROITORU

Secretar-Şef Facultate,

Carmen Castelina NEAGA



Str. Petru Rareș Nr.2 Cod 200349.
Craiova, Jud. Dolj, ROMANIA



Tel: 0251/523929

Fax: 0251/523929



E-mail: pharmacy@umfcv.ro

www.umfcv.ro



UMF Craiova



@umf.craiova