

РЕПУБЛИКА СРБИЈА
УНИВЕРЗИТЕТ У БЕОГРАДУ
МЕДИЦИНСКИ ФАКУЛТЕТ
Др Суботића бр.8
БЕОГРАД

Бр.

Датум:

ЗАХТЕВ ЗА ИЗДАВАЊЕ УВЕРЕЊА (ПОТВРДЕ)

Молим да ми се изда потврда (уверење) са личним подацима из одговарајуће евиденције Факултета, који су неопходни за остваривање права на _____.

(навести право или разлог захтева)

Подносилац захтева

Бр. личне карте

Адреса

Контакт телефон

Београд, _____ године.