

УНИВЕРЗИТЕТ У НОВОМ САДУ
МЕДИЦИНСКИ ФАКУЛТЕТ НОВИ САД
Деканат – Служба за студије првог и другог степена
Нови Сад

ЗАХТЕВ ЗА ИЗДАВАЊЕ ДИПЛОМЕ – ЗАКОН О ВИСОКОМ ОБРАЗОВАЊУ (БОЛОЊА)

ПРЕЗИМЕ _____

ИМЕ РОДИТЕЉА (које је у издатом уверењу) _____

ИМЕ _____

ДАТУМ РОЂЕЊА _____

МЕСТО РОЂЕЊА _____

ОПШТИНА, РЕПУБЛИКА _____

ШКОЛСКА ГОДИНА ПРВОГ УПИСА НА МЕДИЦИНСКИ ФАКУЛТЕТ _____

ДАТУМ ДИПЛОМИРАЊА _____

СРЕДЊА ОЦЕНА ТОКОМ СТУДИЈА _____

ОЦЕНА НА ДИПЛОМСКОМ ИСПИТУ _____

СМЕР _____

ПРЕВОД НАСЛОВА ТЕМЕ НА ЕНГЛЕСКИ ЈЕЗИК _____

БРОЈ ИНДЕКСА _____

Уплатити на жиро-рачун:

1. **840-1633666-55** за материјалне трошкове издавања дипломе **4.000,00 динара (позив на број: број индекса-100)**, прималац **Медицински факултет Нови Сад**, Сврха плаћања материјални трошкови издавања дипломе.
2. **840-631666-25** за материјалне трошкове издавања дипломе **4.000,00 динара (модел: 97, позив на број: 05101636534)**, прималац **Универзитет у Новом Саду**, Сврха плаћања материјални трошкови издавања дипломе.

Нови Сад, _____

Презиме и име, потпис

Адреса

Телефон (мобилни), e-mail адреса