

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

ЗАХТЕВ ЗА ИЗДАВАЊЕ ДИПЛОМЕ-СТАРИ ЗАКОН (уписани 2005. и раније)

ПРЕЗИМЕ _____

ИМЕ РОДИТЕЉА (које је издато у уверењу) _____

ИМЕ _____

ДАТУМ РОЂЕЊА _____

РОЂЕН-АУ _____

ОПШТИНА, РЕПУБЛИКА _____

УПИСАН-АПРВИ ПУТ НА МЕДИЦИНСКИ ФАКУЛТЕТ ШКОЛСКЕ _____

ДАТУМ ДИПЛОМИРАЊА _____

СРЕДЊА ОЦЕНА УТОКУ СТУДИЈА _____

ОЦЕНА НА ДИПЛОМСКОМ ИСПИТУ _____

СМЕР _____

ВРОЈ ИНДЕКСА _____

Уплатити на жиро-рачун : 840-1633666-55 за материјалне
трошкове 8.000,00 динара
позив на број: број индекса-1 00, прималац Медицински факултет Нови Сад .

Нови Сад, _____

Презиме и име, потпис

Адреса _____

Телефон (мобилни), e-mail адреса _____