

Име и презиме кандидата: _____

Адреса
пребивалишта/боравишта: _____

Број телефона (фиксни, мобилни): _____

ИЗЈАВА

Као кандидат за упис на Медицински факултет Нови Сад изјављујем да нисам користио/нисам користила право уписа и студирања као студент чије су се студије финансирале из буџета.

Место давања изјаве: _____

Датум: _____

Потпис даваоца изјаве

Број личне карте и место издавања
