

## FACULTATEA DE MEDICINĂ DENTARĂ

400349 Cluj-Napoca, România

str. Louis Pasteur nr. 4, et. 2

Tel: +40-264-406844;

Fax: +40-264-597257

E-mail: decanat\_stoma@umfcluj.ro

[www.umfcluj.ro](http://www.umfcluj.ro)



**UMF**  
UNIVERSITATEA DE  
MEDICINĂ ȘI FARMACIE  
IULIU HAȚIEGANU  
CLUJ-NAPOCA

**MedDent**  
FACULTATEA  
DE MEDICINĂ  
DENTARĂ

**Aprobat Decan,  
Prof. dr. Cristian Dinu**

### CERERE REZERVARE AMFITEATRE

**Către,**

**Conducerea Facultății de Medicină Dentară,**

Subsemnatul(a) \_\_\_\_\_,  
în calitate de \_\_\_\_\_, vă rog să  
îmi aprobați rezervarea amfiteatrului/săli de curs,

- Amfiteatrul „*Prof.dr. I. ALEMAN*” (str.V.Babes nr.8)
- Amfiteatrul „*Prof.dr. C. OPRIȘIU*” (str. V. Babes nr.8)
- Amfiteatrul *MOȚILOR 33* (str. Moșilor nr.33)
- Amfiteatrul „*Prof.dr. GH. BILASCU*” (Pța. Păcii)
- Sala Curs *Avram Iancu* (str. Avram Iancu nr. 31)

În perioada \_\_\_\_\_, între orele \_\_\_\_\_ în vederea  
organizării \_\_\_\_\_.

Semnătură solicitant

Data \_\_\_\_\_

Verificat decanat \_\_\_\_\_

*Date de contact solicitant:* \_\_\_\_\_