**APROBARE CONSILIUL DE ADMINISTRAȚIE**

**DE ACORD**

**Cerere de organizare a reuniunii absolvenților Universității de Medicină, Farmacie, Științe și Tehnologie “George Emil Palade” din Târgu Mureș**

1. **Date de identificare persoană de contact:**

NUME ȘI PRENUME ...........................................................................................................................................

EMAIL ..................................................................................................................................................................

TELEFON ............................................................................................................................................................

ADRESĂ DE DOMICILIU.....................................................................................................................................

1. **Detalii despre reuniune:**

ABSOLVENT AL:

* Institutului de Medicină și Farmacie din Târgu Mureș
* Universității de Medicină și Farmacie din Târgu Mureș
* Universității "Petru Maior" din Târgu Mureș
* Universității de Medicină, Farmacie, Științe și Tehnologie din Târgu Mureș
* Universității de Medicină, Farmacie, Științe și Tehnologie "George Emil Palade" din Târgu Mureș

FACULTATEA ABSOLVITĂ:

* Facultatea de Medicină
* Facultatea de Medicină în Limba Engleză
* Facultatea de Farmacie
* Facultatea de Medicină Dentară
* Facultatea de Inginerie
* Facultatea de Științe și Litere "Petru Maior"
* Facultatea de Economie și Drept

ANUL ABSOLVIRII: ................. NUMĂR DE ANI DE LA ABSOLVIRE: .................

SPECIALIZAREA ABSOLVITĂ ............................................................................................................................................

DATA PROPUSĂ PENTRU ORGANIZAREA REUNIUNII ..................................................................................................

ORA PROPUSĂ PENTRU ORGANIZAREA REUNIUNII ....................................................................................................

NUMĂR APROXIMATIV DE PARTICIPANȚI ......................................................................................................................

DATA: SEMNĂTURĂ

 .......................................................

**AVIZ COMPARTIMENT ALUMNI**

*SE CONFIRMĂ DISPONIBILITATEA PENTRU ORGANIZAREA REUNIUNII –* **COD REUNIUNE***.................*

|  |  |
| --- | --- |
| DA | NU |

*SE CONFIRMĂ DATA ȘI ORA PROPUSĂ*

|  |  |
| --- | --- |
| DA | NU |

*SE PROPUNE O DATĂ/ ORĂ ALTERNATIVĂ*..........................................................................

PERSOANĂ RESPONSABILĂ PENTRU REUNIUNE DIN CADRUL COMPARTIMENTULUI/FACULTĂȚII

...........................................................................................................................................................................

*SE AVIZEAZĂ PROPUNEREA DE REUNIUNE*

**COORDONATOR COMPARTIMENT ALUMNI ................................................................................................**

**PRORECTOR RELAȚII INTERNAȚIONALE, REȚELE UNIVERSITARE ȘI RELAȚII PUBLICE**

**...........................................................................................................................................................................**