



РЕПУБЛИКА СЕВЕРНА МАКЕДОНИЈА
Универзитет „Св. Кирил и Методиј“ - Скопје
ФАРМАЦЕВТСКИ ФАКУЛТЕТ



Број: _____
Датум: __ . __.20 ____ година
С К О П Ј Е

С Образец бр. 1

До _____ на
ФАРМАЦЕВТСКИОТ ФАКУЛТЕТ

МОЛБА
за плаќање на рати

Од _____ индекс бр. _____
студент на студиската програма _____

Ве молам да ми овозможите надоместокот за партиципација/школарината за
_____ семестар од учебната ____/____ година во висина од _____ денари, да
ја плаќам на 2 рати, бидејќи _____

Со почит,

Студент

Се дава согласност
Не се дава согласност

Продекан за настава, или друг надлежен орган

Напомена: Молбата треба да биде таксирана со 50,00 ден.
и заверена во студентската архива