



KLASA: 053-01/20-01/26
URBROJ: 15-97-08-20-_____

Obrazac 3e

(ime i prezime studenta/ice)

(OIB)

(studij)

(adresa i telefon studenta/ice)

FAKULTET ZA DENTALNU MEDICINU I
ZDRAVSTVO OSIJEK
N/p dekana prof. dr. sc. Aleksandar Včev

Z A H T J E V
za plaćanje školarine u obrocima

Molim da mi se odobri plaćanje školarine u iznosu od 70.000,00 kuna u dvije rate:

I. rata u iznosu od 35.000,00 kuna pri upisu.

II. rata u iznosu od 35.000,00 kuna do datuma 28. veljače 2021. godine.

U Osijeku, _____

(potpis studenta/ice)

Suglasnost:

(ovjera Dekana)

