



KLASA: 053-01/19-01/38  
URBROJ: 15-97-08-19-\_\_\_

Obrazac 3a

\_\_\_\_\_  
(ime i prezime studenta/ice)

\_\_\_\_\_  
(OIB)

\_\_\_\_\_  
(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 9.240,00 kuna u dvije rate:

- I. rata u iznosu od 4.620,00 kuna pri upisu.
- II. rata u iznosu od 4.620,00 kuna do datuma 28. veljače 2020. godine.

U Osijeku, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(potpis studenta/ice)

Suglasnost:

\_\_\_\_\_  
(ovjera Dekana)