

Domnule Președinte,

Subsemnatul/a.....CNP.....,
asistent medical/moașă, specialitatea.....,
promoția.....posesor/posesoare al/a Certificatului de Membru al
O.A.M.G.M.A.M.R. Filiala Olt, seria.....număr....., prin prezenta solicit
eliberarea unei adeverințe necesare pentru participarea la concursul organizat
de..... în perioada.....

Anexez B.I./C.I. în copie.

Data,

Semnătura,

Date de contact: - telefon.....

-e-mail.....

Domnului Președinte al O.A.M.G.M.A.M.R. Filiala Olt