

Către,

Ordinul Asistenților Medicali Generaliști,  
Moșelor și Asistenților Medicali din România – Filiala Olt

Subsemnatul(a).....,  
CNP....., cu domiciliul stabil în localitatea.....,  
str.....,nr.....,bl.....,ap.....,jud.....,telefon.....,  
absolvent(a) al(a).....,  
promoția.....,posesor(are) a diplomei/adeverinței seria.....nr.....,salariat(a) la  
.....de profesie asistent medical/moașă,  
specialitatea....., solicit înscrierea / reinscrierea în Ordinul Asistenților  
Medicali Generaliști, Moșelor și Asistenților Medicali din România și eliberarea Certificatului de  
Membru, conform O.U.G. nr.144/2008, aprobată prin Legea nr.53/2014, cu modificările și completările  
ulterioare.

Data,

Semnătura,

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