

Domnule Președinte,

Subsemnatul/a.....CNP.....,
asistent medical/moașă, specialitatea.....,
posesor/posesoare al/a Certificatului de membru al O.A.M.G.M.A.M.R. Filiala Olt,
număr.....angajat la.....,
Secția/Compartiment.....
solicit acordarea *Avizului anual pentru autorizarea exercitării profesiei*, pentru anul
2021.

Anexez copia asigurării de răspundere civila pentru greșeli în activitatea profesională, valabilă pentru anul 2021.

Data,

Semnătura,

Date de contact: - telefon.....

-e-mail.....

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