

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  
2023.

Anexez copia asigurării de răspundere civila pentru greșeli în activitatea  
profesională, valabilă pentru anul calendaristic 2023.

Data,

Semnătura,

Date de contact: - telefon.....

-e-mail.....

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