



C Ă T R E

**ORDINUL ASISTENȚILOR MEDICALI GENERALIȘTI, MOAȘELOR ȘI
ASISTENȚILOR MEDICALI DIN ROMÂNIA - FILIALA ARAD**

- În atenția D-nei Președinte, Mirela Bălan -

Cerere de înscriere

Subsemnatul/a _____, CNP: _____,
domiciliat/ă în loc. _____, str. _____, nr. _____,
Bl. _____, sc. _____, et. _____, ap. _____, județul _____, posesor / posesoare al / a BI/CI
seria _____ nr. _____, eliberat/ă de _____, la data _____,
telefon: _____, adresa de e-mail _____,
având calificarea de _____,
specialitatea _____, în prezent angajat/ă în funcția de
_____, la _____,

Prin prezenta solicit înscrierea în Ordinul Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România- Filiala Arad, obligându-mă să plătesc taxa de înscriere de **100 RON** și cotizația de **1%** lunar, conform prevederilor OUG nr. 144/2008 privind exercitarea profesiei de asistent medical generalist, a profesiei de moașă și a profesiei de asistent medical, precum și organizarea și funcționarea Ordinului Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România, aprobată prin Lg. 53/ 2014, cu modificările și completările ulterioare, și ale Statutului Ordinului Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România.

Subsemnatul/a declar că am luat cunoștință de conținutul Notei de informare privind prelucrarea datelor cu caracter personal de către Ordinul Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România- Filiala Arad și cunosc condițiile privind exercitarea drepturilor mele.

Data _____

Semnătura _____