



OAMGMAMR  
- FILIALA SIBIU -

Doamna Președinte,

Subsemnata/ul..... ,asistentă/ul  
medical angajat la ..... ,având CNP  
..... , solicit înscrierea la cursul  
..... ,din data de:.....

Îmi asum faptul că prin neparticiparea mea la acest curs, îmi pierd taxa de înscriere și creditele, dar și că voi participa la curs în afara programului de lucru.

Înțeleg că la curs trebuie să mă prezint cu buletinul și chitanța de achitarea a taxei cursului.

Data

Semnătura



OAMGMAMR  
- FILIALA SIBIU -

Doamna Președinte,

Subsemnata/ul..... ,asistentă/ul  
medical angajat la ..... ,având CNP  
..... , solicit înscrierea la cursul  
..... ,din data de:.....

Îmi asum faptul că prin neparticiparea mea la acest curs, îmi pierd taxa de înscriere și creditele, dar și că voi participa la curs în afara programului de lucru.

Înțeleg că la curs trebuie să mă prezint cu buletinul și chitanța de achitarea a taxei cursului.

Data

Semnătura