



Aprob  
Președinte

Către,

Ordinul Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și  
Asistenților Medicali din România – filiala \_\_\_\_\_**SIBIU**\_\_\_\_\_

### Cerere pentru suspendarea calității de membru

Subsemnatul/a \_\_\_\_\_, membru al Ordinului  
Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România – filiala  
\_\_\_\_\_, număr telefon \_\_\_\_\_, adresa e-mail  
\_\_\_\_\_ cu Certificatul de Membru seria \_\_/\_\_/ , numărul  
\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_, vă rog să luați act de dorința mea de a mă suspenda din calitatea de  
membru al OAMGMAMR pe perioada \_\_/\_\_/\_\_\_\_ - \_\_/\_\_/\_\_\_\_, pe motiv de

#### Anexez prezentei cereri:

- Certificatul de Membru în original
- Avizul de liberă practică în original pe anul în curs (dacă este cazul)
- Copii ale documentelor justificative (decizii de suspendare a contractului de muncă, sau alte documente.)
- Dovada plății la zi a cotizatiei (contul este RO80CECESB0144RON0864337 CEC BANK pentru plata numerar sau RO22CECESB0143RON0298043 pentru virament ))
- Declarație pe proprie răspundere în cazul lipsei locului de muncă în domeniu sau exercitarea unei alte profesii.

### DECLARAȚIE

Subsemnatul/a \_\_\_\_\_, **asistent medical**  
\_\_\_\_\_ declar pe propria răspundere ca nu voi mai profesa în domeniul  
medical în perioada \_\_/\_\_/\_\_\_\_ - \_\_/\_\_/\_\_\_\_,

Localitatea

\_\_/\_\_/\_\_\_\_

Semnătura

\_\_\_\_\_

*Documentele se depun la oamr zilnic între orele 15.00-16.00*