



CEREREA ELIBERARE ADEVERINTA PENTRU PARTICIPARE LA CONCURS OCUPARE POST

Domnule/ Doamnă Președinte

Subsemnatul(a), **nume** _____, **prenume** _____ domiciliat in **judetul** _____, **Str** _____ **Nr** _____ **et** _____ **localitate** _____ posesor al **CI** serie _____, nr _____, **numar telefon** _____, **adresa de e-mail** _____ **asistent medical** _____ (generalist/specialitate), **promotia** _____, **angajat la /fara loc de munca** _____ solicit eliberarea unei adeverinte pentru participarea la concursul de ocupare de post la (se trece unitatea sanitara unde se doreste participarea la concurs)

Anexez urmatoare acte scanate pe adresa de email secretariat@oamr-sibiu.ro

1. Certificatul de membru
2. Copie buletin
3. Dovada platii la zi a cotizatiei (contul oamr este RO80CECESB0144RON0864337 CEC BANK pentru plata numerar sau RO22CECESB0143RON0298043 pentru virament)
4. raport din revisal pe ultimii 4 ani

Termenul de eliberare al adeverintei este de 3 zile lucratoare dupa primirea dosarului complet

Data,

Semnătura