



Aprob
Președinte

Către,
Ordinul Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și
Asistenților Medicali din România – filiala ___SIBIU_____

Cerere pentru renunțarea la calitatea de membru

Subsemnatul/a _____, membru al Ordinului Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România – filiala _____, cu Certificatul de Membru seria _/ _/, numărul _/ _/ _/ _/ _/ _/, având profesia de asistent medical generalist / moașă / asistent medical , în specialitatea _____, solicit retragerea calității de membru al Ordinului Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România, deoarece nu profesez ca asistent medical generalist / moașă / asistent medical .

Am luat la cunoștință prevederile articolului nr. 19 din O.U.G. 144/2008 aprobat prin Legea 53/2014.

Anexez următoarele documente:

1. Certificat de Membru în original
2. Avizul de liberă practică în original (dacă este cazul)
3. Dovada achitării la zi a cotizației de membru

Localitatea

Data

___/___/___

Semnătura

Documentele se depun la OAMR zilnic între orele 15.00-16.00