



Nr.

Data

**Către**

**ORDINUL ASISTENȚILOR MEDICALI GENERALIȘTI,  
MOAȘELOR ȘI ASISTENȚILOR MEDICALI – filiala SIBIU**

Subsemnatul/a \_\_\_\_\_, **ASISTENT MEDICAL**  
\_\_\_\_\_ (generalist, de farmacie, pediatrie etc.), **promoția** \_\_\_\_\_, **angajat la**  
\_\_\_\_\_ (loc de munca actual, fostul loc de munca,  
fara loc de munca), domiciliat/a în localitatea \_\_\_\_\_ str.  
\_\_\_\_\_, nr \_\_\_\_\_, bl \_\_\_\_\_, sc. \_\_\_\_\_,  
ap. \_\_\_\_\_, județul \_\_\_\_\_, nr. telefon \_\_\_\_\_, adresă e- mail  
\_\_\_\_\_, act de identitate seria \_\_\_\_\_ nr \_\_\_\_\_, CNP  
\_\_\_\_\_, înregistrat în Registrul unic al OAMGMAMR în filiala  
\_\_\_\_\_, posesor al Certificatului de Membru seria \_\_\_\_\_, nr. \_\_\_\_\_, vă  
rog să îmi aprobați cererea de transfer din filiala \_\_\_\_\_ în filiala  
\_\_\_\_\_ din următoarele motive:

Data

Semnătura