



DOAMNĂ PREȘEDINTE,

Subsemnatul(a) ....., născut(ă) la  
data de ....., cu domiciliul în localitatea .....,  
str. ...., nr. ...., bl. ...., sc. ...., ap .....,  
sector/județ ....., telefon : .....,  
email....., absolvent(ă) a .....,  
promoția....., cu diploma seria ..... nr. ...., specialitatea  
.....,  
confirmat(ă) la gradul principal prin adeverința nr.....,  
salariat(ă) / pensionar la .....,  
având vechimea în specialitate de ..... ani și ..... luni la data de .....,  
vă rog a-mi aproba eliberarea Certificatului de membru al OAMGMAMR.

Depun următoarele documente :

- Cazier judiciar în termen de valabilitate
- Adeverință de sănătate fizică
- Adeverință de sănătate psihică
- Copie legalizată diplomă / certificat de absolvire a școlii postliceale sanitare / facultății de asistenți
- Copie C.I.
- Copie certificat de naștere
- Copie certificat de căsătorie
- Dovada plății taxei de înregistrare ca membru în cuantum de 100 lei.

Data,

Semnătura,