DOAMNĂ PREŞEDINTE,

Subsemnatul/subsemnata.....,

CNP |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| ,telefon……., email……,

asistent(ă) medical.....,membru al OAMGMAMR filiala Mureş,

angajat(ă) la .....

în funcţia de.....,

solicit acordarea avizului pentru anul 2017.

Anexez următoarele documente:

1. Copia asigurării de răspundere civilă pentru greşeli în activitatea profesională, valabilă pentru pentru perioada 01.01.-31.12.2017;
2. Extras REVISAL (Raport per salariat) semnat, ştampilat, datat, emis în luna curentă;
3. Copie C.I.
4. Dovada achitării cotizaţiei de membru.
5. Copia actelor de schimbare a numelui, după caz;
6. Menţiuni.....
   .....
   ..... .

Data .....

Semnătura .....