



Aprob,
Președinte,

CERERE

pentru renunțarea la calitatea de membru

Subsemnatul/a,....., CNP [] ,
membru al Ordinului Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din
România - Filiala Mureș, 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 cunoștință de prevederile art. 19 din Ordonanța de Urgență a Guvernului nr. 144/2009
privind exercitarea profesiei de asistent medical generalist, a profesiei de moașă și a profesiei
de asistent medical , precum și organizarea și funcționarea Ordinului Asistenților Medicali
Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România, aprobată cu modificări prin Legea
nr. 53/2014, cu modificările și completările ulterioare.

Anexez următoarele documente :

certificatul de membru în original

avizul de liberă practică în original pe anul în curs (dacă este cazul)

dovada achitării la zi a cotizației de membru

Localitatea

Data ___/___/___

Semnătura

Datele dumneavoastră personale sunt prelucrate de OAMGMAMR, potrivit Notificării nr. 11.308, în conformitate cu Legea nr. 677/2001 pentru protecția persoanelor cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal și libera circulație a acestor date. cu modificările și completările ulterioare, în scopul eliberării certificatelor de membru, a adeverinței care atestă onorabilitatea și moralitatea. Datele pot fi dezvăluite unor terți în baza unui temei legal justificat. Vă puteți exercita drepturile de acces, de intervenție și de opoziție în condițiile prevăzute de Legea nr. 677/2001, cu modificările și completările ulterioare, printr-o cerere scrisă, semnată și datată, trimisă pe adresa instituției.