DOAMNĂ PREŞEDINTE,

Subsemnatul/subsemnata.....,

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

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

având **Certificatul de Membru** seria ....., nr. ....., solicit acordarea avizului anual 2021 pentru autorizarea exercitării profesiei ca persoană fizică **(exclusiv în centrele de vaccinare împotriva COVID-19).**

Anexez următoarele documente:

1. Copia Certificatului de Membru.
2. Copie carte de identitate
3. Copia asigurării de răspundere civilă pentru greşeli în activitatea profesională (suma asigurată echivalent minim 4000 euro), valabilă până la sfârşitul anului curent;
4. Copia/copiile certificatelor de absolvire a cursurilor online (dacă este cazul)
5. Dovada achitării cotizaţiei de membru.

Data .....

Semnătura .....