



C Ă T R E

**ORDINUL ASISTENȚILOR MEDICALI GENERALIȘTI, MOAȘELOR ȘI  
ASISTENȚILOR MEDICALI DIN ROMÂNIA - FILIALA ARAD**

- În atenția D-nei Președinte Mirela Bălan -

Subsemnatul (a) \_\_\_\_\_, având  
calificarea de \_\_\_\_\_, specialitatea \_\_\_\_\_,  
cu domiciliul în loc. \_\_\_\_\_, str. \_\_\_\_\_, nr. \_\_\_\_\_, Bl. \_\_\_\_\_,  
sc. \_\_\_\_\_ et. \_\_\_\_\_, ap. \_\_\_\_\_, în prezent angajat/ ă în funcția de \_\_\_\_\_  
la \_\_\_\_\_,

Prin prezenta vă rog să-mi eliberați **CERTIFICATUL DE MEMBRU** al  
OAMGMAMR- Filiala Arad.

Menționez că am luat cunoștință de obligațiile profesionale ce-mi revin în  
activitatea pe care o voi desfășura conform prevederilor OUG nr. 144/ 2008 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 prin Lg.  
53/ 2014, cu modificările și completările ulterioare și ale Statutului Ordinului  
Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România.

Declar, de asemenea, că am luat cunoștință de conținutul Notei de informare  
privind prelucrarea datelor cu caracter personal de către Ordinul Asistenților Medicali  
Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România- Filiala Arad și cunosc  
condițiile privind exercitarea drepturilor mele.

Data \_\_\_\_\_

Semnătura \_\_\_\_\_