



C Ă T R E

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

- În atenția D-nei Președinte, Mirela Bălan -

**Cerere de înscriere**

Subsemnatul/a \_\_\_\_\_, CNP: \_\_\_\_\_,  
domiciliat/ă în loc. \_\_\_\_\_, str. \_\_\_\_\_, nr. \_\_\_\_\_,  
Bl. \_\_\_\_\_, sc. \_\_\_\_\_, et. \_\_\_\_\_, ap. \_\_\_\_\_, județul \_\_\_\_\_, posesor / posesoare al / a BI/CI  
seria \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_, eliberat/ă de \_\_\_\_\_, la data \_\_\_\_\_, nr.  
tel.: \_\_\_\_\_, adresa de e-mail \_\_\_\_\_, având  
calificarea de \_\_\_\_\_, specialitatea \_\_\_\_\_,  
în prezent angajat/ă în funcția de \_\_\_\_\_,  
la \_\_\_\_\_,

Prin prezenta solicit înscrierea în Ordinul Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România- Filiala Arad, obligându-mă să plătesc taxa de înscriere de **100 RON** și cotizația de **1%** lunar, 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.

Subsemnatul/a declar 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 \_\_\_\_\_