ORDINUL ASISTENŢILOR MEDICALI GENERALIŞTI,
MOAŞELOR ŞI ASISTENŢILOR MEDICALI
DIN ROMÂNIA - FILIALA ARAD

Tel. 0257.338.460
Tel. 0734.112.687
Email: office@oamgmamr-arad.ro
Email: ar-secretariat@oamr.ro
Website: www.oamgmamr-arad.ro

Aprob
Preşedinte,
_____

Către Ordinul Asistenţilor Medicali Generalişti, Moaşelor şi Asistenţilor Medicali din România - Filiala Arad

Cerere pentru renunţarea la calitatea de membru

NOTĂ:Cererea se completează lizibil, cu majuscule şi se semnează personal de către solicitant!

Subsemnatul/a,(numele, prenumele)_____ membru al Ordinului Asistenţilor Medicali Generalişti, Moaşelor şi Asistenţilor Medicali din România (OAMGMAMR)-Filiala Arad, având cod numeric personal (CNP) .../.../.../.../.../.../.../.../.../.../.../.../.../, numărul de telefon .../.../.../.../.../.../.../.../.../, adresa de e-mail: _____,având profesia de asistent medical generalist☐/,moaşă☐,asistent medical☐ în specialitatea _____, solicit retragerea calităţii de membru al Ordinului Asistenţilor Medicali Generalişti, Moaşelor şi Asistenţilor Medicali din România, deoarece nu profesez.

Am luat cunoştinţă de prevederile art. 19 din Ordonanţa de urgenţă a Guvernului nr. 144/2008 privind exercitarea profesiei de asistent medical generalist, a profesiei de moaşă şi a profesiei de asistent medical, precum şi organizarea şi funcţionarea Ordinului Asistenţilor Medicali Generalişti, Moaşelor şi Asistenţilor Medicali din România, aprobată cu modificări prin Legea nr. 53/2014, cu modificările şi completările ulterioare.

Anexez următoarele documente:
1. certificat de membru în original [ ];
2. avizul de liberă practică în original pe anul în curs (dacă este cazul) [ ];
3. dovada achitării la zi a cotizaţiei de membru [ ].

[ ] declaraţie pe propria răspundere în cazul lipsei locului de muncă în domeniu sau exercitarea unei alte profesii.

[ ] Declar că am luat cunoştinţă de conţinutul informării privind prelucrarea datelor cu caracter personal de către Ordinul Asistenţilor Medicali Generalişti, Moaşelor şi Asistenţilor Medicali din România - Filiala Arad, cunosc condiţiile privind exercitarea drepturilor mele şi sunt de acord cu prelucrarea datelor mele personale de către OAMGMAMR - Filiala Arad, în conformitate cu dispoziţiile Regulamentului (UE) nr. 679/2016 al Parlamentului European şi al Consiliului din 27 aprilie 2016 privind protecţia persoanelor fizice în ceea ce priveşte prelucrarea datelor cu caracter personal şi libera circulaţie a acestor date şi de abrogare a Directivei 95/46/CE (Regulamentul general privind protecţia datelor), în scopul îndeplinirii atribuţiilor legale ale OAMGMAMR.

Data_____ Semnătura_____