



Către,

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

DOAMNĂ PREȘEDINTE,

Subsemnatul/a \_\_\_\_\_ domiciliat/ă în  
\_\_\_\_\_ str. \_\_\_\_\_, nr. \_\_\_\_, bloc \_\_\_\_,  
scara \_\_\_\_, etajul \_\_\_\_, ap. \_\_\_\_, județ/sector \_\_\_\_\_, telefon fix \_\_\_\_\_,  
telefon mobil \_\_\_\_\_, email \_\_\_\_\_, act de identitate  
seria \_\_\_\_, nr \_\_\_\_\_, eliberat de \_\_\_\_\_, la data \_\_\_\_\_,  
C.N.P. \_\_\_\_\_, înregistrat în Registrul Unic al OAMGMAMR în  
filiala \_\_\_\_\_, posesor al Certificatului de membru seria \_\_ nr \_\_\_\_\_,

Prin prezenta vă rog să îmi aprobați cererea de transfer din filiala  
\_\_\_\_\_ în filiala \_\_\_\_\_ din următoarele motive:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.

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,

\_\_\_\_\_