Aprobat,
Preşedinte
OAMGMAMR BN

Către,

OAMGMAMR FILIALA BISTRIŢA-NĂSĂUD

DOAMNĂ PREŞEDINTE,

Subsemnatul(a) _____, având CNP |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|, cu domiciliul stabil în: jud: _____ localitatea _____ str._____ nr._____, ap._____, telefon |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|, E-mail:_____ , CI/BI seria____ , nr. _____ , CNP |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| , înregistrat în Registrul unic al OAMGMAMR în filiala _____, posesor al Certificatului de membru seria ___, nr. _____vă rog să îmi aprobaţi cererea de transfer din filiala _____în filiala _____ din următoarele motive:

_____

_____

Anexez prezentei cereri:

- copie act identitate (domiciliul nou, după caz)
- Copie contract de muncă sau Raport Revisal de la noul loc de muncă.

Subsemnatul/a_____ îmi asum responsabilitatea autenticităţii documentelor depuse.

Subsemnatul/a_____ declar că am luat cunoştinţă de conţinutul Notei de informare privind prelucrarea datelor cu caracter personal de către Ordinul Asistenţilor Medicali Generalişti, Moaşelor şi Asistenţilor Medicali din România Filiala Bistriţa-Năsăud şi cunosc condiţiile privind exercitarea drepturilor mele.

Data, Semnătura,

__/__/_____ _____