

Către,

**Ordinul Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și
Asistenților Medicali din România – filiala BISTRIȚA-NĂSĂUD**

I. Subsemnatul/a _____ , membru al OAMGMAMR – Filiala

Bistrița-Năsăud, posesor al Certificatului de membru seria ____ numărul: |__|__|__|__|__,

CNP: |__|__|__|__|__|__|__, telefon: |__|__|__|__|__|__,

E-mail: _____

înregistrat ca PFI cu CIF: _____

prin prezenta solicit acordarea avizului pentru anul 2022, pentru exercitarea profesiei conform titlului de calificare, ÎN REGIM DE PRACTICĂ INDEPENDENTĂ:

1. Contract de prestări servicii nr. _____ din data _____ încheiat cu:

3. Anexez prezentei cereri:

- copia/copiile asigurării de răspundere civilă pentru greșeli în activitatea profesională (sumă minimă asigurată 20.000 euro), valabilă pentru întreg anul 2022.
- copia contractului de prestări servicii;
- copia Certificatului de înregistrare fiscală (CIF)

II. Declar pe propria răspundere că față de documentele depuse la dosarul personal

- nu au intervenit modificări
- au intervenit modificări pentru care anexez următoarele documente justificative:

III. Declar pe proprie răspundere că:

- NU mi s-a aplicat nicio pedeapsă de interdicție sau restricționare a exercitării profesiei de asistent medical/moașă prin hotărâre judecătorească definitivă sau printr-o hotărâre/decizie disciplinară;
- AM fost sancționat pentru _____ , conform deciziei/hotărârii nr. ____ / _____ , anexată în copie;

IV. Subsemnatul/a _____ **îmi asum responsabilitatea**
autenticității documentelor depuse.

V. 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 Bistrița-Năsăud și cunosc condițiile privind
exercitarea drepturilor mele.

VI. Împuternicesc pe dl/dna _____ ,
legitimată/ă cu BI/CI seria _____ , nr. _____ , să depună în numele meu actele necesare avizării anuale
și să ridice avizul de la OAMGMAMR Filiala Bistrița-Năsăud. *(Se completează doar de către persoanele care*
împuternicesc o altă persoană pentru depunerea cererii și ridicarea avizului)

Data

__/__/____

Semnătura

NOTĂ: Cererea se completează și se semnează **PERSONAL** de către **SOLICITANT!!!** Completarea și
semnarea cererii de către o altă persoană constituie fals în înscrieri/declarații și poate fi sancționată
conform reglementărilor legale.

Cererea și documentele necesare se pot trimite și scanate, pe adresa: avizare@oamrbn.ro