

Către,

ORDINUL ASISTENȚILOR MEDICALI GENERALIȘTI, MOAȘELOR ȘI ASISTENȚILOR
MEDICALI DIN ROMÂNIA FILIALA BISTRITA-NASAUD

Subsemnatul/a cu domiciliul în
localitatea str., bloc,
sc., ap. județul, nr. telefon, adresă
e- mail, profesia,
după caz prin împuternicit în baza procurii
speciale nr. din data de, vă rog să îmi eliberați
documentul necesar recunoașterii titlului meu de calificare în celelalte state membre UE.

În acest sens, depun următoarele acte:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____
9. _____
10. _____

Data

Semnătura