**ANEXA nr.2**

Ordinul Asistenţilor Medicali Generalişti, Moaşelor şi Asistenţilor Medicali din România

Filiala .............................

Str. ................ nr. ...........

Localitatea .....................

Judeţul ...........................

Tel.: ..........; fax: ............

Nr. de înregistrare ............/ Data .............

**AVIZ**

**pentru înregistrarea persoanei fizice independente**

Se certifică faptul că domnul/doamna ..........., domiciliat (ă) în ..........., str. ........... nr. ....., bl. ...., sc. ...., ap. ...., sectorul ....., judeţul ........., posesor/posesoare al/a BI/CI ...., seria ..... nr. ......., CNP ......................., este membru al Ordinului Asistenţilor Medicali Generalişti, Moaşelor şi Asistenţilor Medicali din România - Filiala ..............., având Certificat de membru nr. ........, eliberat la data de ..........., specialitatea ............... și îndeplinește condițiile necesare înregistrării ca persoană fizică independentă.

Serviciile de îngrijiri medicale se vor furniza conform calificării profesionale deținute și normelor în vigoare, numai după obținerea avizului anual pentru autorizarea exercitării profesiei, eliberat de către OAMGMAMR.

Eliberăm prezentul aviz la cerere, în vederea înregistrării la administrația financiară, în scopul dobândirii calității de persoană fizică independentă.

Preşedinte,

......................

NOTĂ:

Prezentul aviz are o perioadă de valabilitate de 30 de zile de la data emiterii.