

## CERERE DE ÎNSCRIERE

*Doamnă/Domnule Președinte,*

Subsemnatul/a \_\_\_\_\_  
cu domiciliul în \_\_\_\_\_  
absolvent al \_\_\_\_\_  
de profesie moașă/ asistent medical \_\_\_\_\_  
în cadrul \_\_\_\_\_  
data începerii activității în domeniul sanitar \_\_\_\_\_

rog a se proceda la **ÎNSCRIEREA/REÎNSCRIEREA** subsemnatului/ei în Ordinul Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România - Filiala CĂLĂRAȘI și la **eliberarea Certificatului de membru**. Mă oblig, în calitate de membru al OAMGMAMR, să **plătesc taxa de înscriere și cotizația lunară**, conform OUG 144/2008 și Statutului Ordinului Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România.

..... cu prelucrarea datelor cu caracter personal, în conformitate cu dispozițiile Regulamentului (UE) 2016/679 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și libera circulație a acestor date, de către Ordinul Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România – Filiala CĂLĂRAȘI, în scopul îndeplinirii obligațiilor legale ce-i revin conform Ordonanței de urgență nr.144/2008 privind exercitarea profesiei de asistent medical generalist, a profesiei de moașă și a profesiei de asistent medical, precum și organizarea și funcționarea Ordinului Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România, aprobată prin Legea nr.53/2014, cu modificările și completările ulterioare.

Subsemnatul/a \_\_\_\_\_, declar că am citit și înțeles informațiile referitoare la drepturile și obligațiile pe care le am în relația cu OAMGMAMR CĂLĂRAȘI, aspectele legate de exercitarea profesiei și condițiile de eliberare a diverselor documente: eliberarea certificatului de membru/ adeverință, eliberarea avizului de libera practică, accesarea cursurilor de educație medicală continuă, condițiile pentru reatestarea profesională, cotizația lunară - mod de calcul și condiții de achitare, suspendarea sau întreruperea suspendării din calitatea de membru.

Data,

Semnătura,

*Doamnei/Domnului Președinte a Ordinului Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România – Filiala CĂLĂRAȘI*