

Ordinul Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România

Filiala .....Str. .... nr. ....

Localitatea .....

Județul .....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 ....., județul ....., posesor/posesoare al/a BI/CI ....., seria ..... nr. ...., CNP ....., este membru al Ordinului Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților 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 Ordinul Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România.

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

Președinte,

.....

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