



Înregistrat astăzi,

Aprobat Președinte,

CERERE PENTRU RENUNȚAREA LA CALITATEA DE MEMBRU

Subsemnatul/a _____ membru/membră al/a Filialei CĂLĂRAȘI a Ordinului Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România, CNP _____ având Certificat de Membru seria _____ nr _____ având profesia de asistent medical generalist, moașă/asistent medical, în specialitatea _____ solicit retragerea calității de membru al Ordinului Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România - Filiala CĂLĂRAȘI începând cu data de _____ deoarece nu profesez ca asistent medical generalist/moașă/asistent medical. Am luat la cunoștință prevederile articolului nr.19 din OUG 144/2008 aprobat prin Legea 53/2014.

Anexez următoarele documente:

- ☐ CI Certificatul de Membru - în original
- ☐ Avizul de liberă practică în original
- ☐ Dovada achitării la zi a cotizației de membru

_____ 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.

Data,

Semnătura,

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