

Către,

OAMGMAMR FILIALA HARGHITA

### Cerere de eliberare AVIZ ANUAL pentru exercitarea profesiei pe anul 2023

Subsemnatul(a), .....,  
CNP ....., domiciliat(ă) în localitatea .....,  
Str. ...., Nr. .... bl. ...., sc. .... et. .... ap. ...., județul .....,  
tel.: ..... e-mail: .....

declor că sunt angajat(ă) la (se va trece toate locurile de munca actuale):

1. ....;
2. ....

prin prezenta cerere vă rog să îmi aprobați eliberarea AVIZULUI ANUAL pentru anul 2023, pentru exercitarea profesiei de asistent medical în specialitatea:

1.	2.	3.
----	----	----

(Ex. GENERALIST, LABORATOR, FARMACIE, RADIOLOGIE, etc-conform Revisal.)

Declar ca exersez profesia in regim :  salarial  independent  voluntar

Anexez:

- Polița de Asigurare malpraxis pentru perioada 01.01.2023-31.12.2023
- Raport per salariat din Revisal eliberat in ultimele 15 zile
- Dovada acumulării celor 30 de credite obligatorii in cursul anului 2022
- Acte privind modificarea datelor din Certificatul de Membru si date personale  
ex.copie CI, acte privind schimbarea numelui etc.
- Copia contractului de colaborare pentru exercitarea profesiei in mod independent (PFI SAU PFA) sau Contractul de voluntariat cu anexe

- 
- Mă angajez că voi declara in 30 zile orice schimbare privind angajatorul, locul de muncă și datele personale;
  - Am luat la cunoștință că lipsa avizului anual de exercitarea profesiei aduce atingerea raportului de munca pana la sanctiuni penale.
  - Am luat la cunoștință că dacă nu realizez anual minim 30 de credite mi se suspendă automat dreptul de liberă practică, până la realizarea numărului de credite;
  - Am luat la cunoștință că neplata cotizației de membru pe o perioadă de 6 luni se sancționează cu suspendarea automată a calității de membru până la plata cotizației datorate.
  - Menționez că am luat la cunoștință prevederile legale referitor la exercitarea profesiei
  - Am fost informat, îmi cunosc drepturile și sunt de acord să mi se prelucreze datele cu caracter personal, cu respectarea confidențialității, conform Regulamentului (UE) 2016/679 și Legea nr. 190/2018 privind măsuri de punere în aplicare a Regulamentului (UE) 2016/679.

Împuternicesc pe dl./dna. ....,  
legitim(ă) cu BI/CI, seria ....., Nr ....., să mă reprezinte în relația cu OAMGMAMR  
filiala Harghita.

Întocmit la data de: .....

Semnez pentru asumarea și veridicitatea celor declarate,

.....

---

Se completeaza de personalul OAMGMAMR:

Nr. Credite pe anul 2022: \_\_\_\_\_

Achitat cotizatia pana la \_\_\_\_\_

RCP pentru perioada \_\_\_\_\_

Alte mentiuni: \_\_\_\_\_

Verificat \_\_\_\_\_