

Aprobat președinte: _____

Către,

O.A.M.G.M.A.M.R. - Filiala Harghita

Subsemnatul/a _____, CNP _____,
posesor al Certificatului de membru seria __/__/ numărul __/__/ __/__/ __/__/ __/__, asistent medical în
specialitatea _____ cer acordarea avizului anual pentru
exercitarea profesiei ca persoană fizică (exclusiv pentru centrele de vaccinare împotriva
COVID-19) pentru anul 2021.

Anexez:

- asigurarea de răspundere civilă pentru greșeli în activitatea profesională, cu
valoarea de asigurare minimă de 4000 euro (cu valabilitate până la 31.12.2021)

Date de contact: nr. telefon: __/__/ __/__/ __/__/ __/__/ __/__/

Adresa de e-mail: __/__/ __/__/ __/__/ __/__/ __/__/ __/__/ __/__/ __/__/ __/__/ __/__/ __/__/ __/__/ __/__/ __/__/ __/__/ __/__/ __/__/ __/__/ __/__/ @ __/__/ __/__/ __/__/ __/__/ __/__/

- o **Am luat la cunoștință că acest aviz este valabil exclusiv în centrele de vaccinare, documentul nu va putea fi utilizat pentru exercitarea profesiei în alte instituții sanitare.**
- o **Am luat la cunoștință 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 Harghita, 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:

Se completează de personalul OAMGMAMR – Filiala Harghita:

Nr. credite pe anul 2020: _____

Achitat cotizația până la: _____

RCP pentru perioada: _____

Alte mențiuni: _____

Verificat de: _____
