ANEXĂ*)
(Anexa nr. 4 la statut)

*) Anexa este reprodusă în facsimil.

```
Ordinul Asistenţilor          ORDINUL ASISTENŢILOR MEDICALI
Medicali Generalişti,         GENERALIŞTI, MOAŞELOR ŞI                 ______
Moaşelor şi Asistenţilor      ASISTENŢILOR MEDICALI DIN ROMÂNIA  / Timbru \
Medicali                      FILIALA ___________________________ (   sec    )
   * din România *                                                 \ ______ /

                        CERTIFICAT DE MEMBRU ASOCIAT
                             Nr. ____________

Ordinul Asistenţilor Medicali Generalişti, Moaşelor şi Asistenţilor Medicali
din România autorizează pe:

Dl./D-na ______________________________      CNP ____________________
                                                  ____________
Absolvent/ă al/a                                 | Promoţia:  |
                                                 |____________|
_____________________________________          ______________________

Serie şi număr document de studii
_______________________________

Specialitatea
_______________________________

să practice profesia de ____________________________________________
conform prevederilor legale în vigoare.
Titularul certificatului a depus jurământul profesional.

                              Preşedinte


Data primei înregistrări _______________

Data eliberării ___________________________

Notă: Pentru exercitarea profesiei pe teritoriul României, Certificatul de
Membru Asociat este însoţit de avizul anual.
```

Figura 1Lex: Certificat de membru asociat

```
Ordinul Asistenţilor          ORDINUL ASISTENŢILOR MEDICALI
Medicali Generalişti,         GENERALIŞTI, MOAŞELOR ŞI                 ______
Moaşelor şi Asistenţilor      ASISTENŢILOR MEDICALI DIN ROMÂNIA  / Timbru \
Medicali                      FILIALA ___________________________ (   sec    )
   * din România *                                                 \ ______ /

                    Nr. __________/data ___________

                             AVIZ ANUAL
                PENTRU AUTORIZAREA EXERCITĂRII PROFESIEI

Se certifică faptul că D-na/Dl ____________________________________________
cu CNP ______________________________, este autorizat/ă să exercite profesia de
_____________________________________ pe baza certificatului de membru
asociat nr. _______________/data ____________________


Prezentul aviz este valabil pentru perioada _______________ - _______________
Nr. poliţei de asigurare _________/data _______ Societatea ___________________
Nr. Credite _________________
Sancţiuni ___________________


                              Preşedinte
                          ___________________
```

Figura 2Lex: Aviz anual pentru autorizarea exercitării profesiei