

Către,

ORDINUL ASISTENȚILOR MEDICALI GENERALIȘTI, MOAȘELOR ȘI ASISTENȚILOR MEDICALI DIN ROMÂNIA
FILIALA VASLUI

Subsemnatul/a _____ cu domiciliul în
localitatea _____, str. _____, bloc _____
sc. _____, ap. _____ et. _____, județul _____ nr. telefon
_____, adresă e-mail _____
profesia _____ după caz prin _____
_____ împuternicit în baza procurii speciale nr. _____
din data de _____, vă rog să îmi eliberați documentul necesar
recunoașterii titlului meu de calificare în celelalte state membre UE.

În acest sens, depun următoarele acte:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____
9. _____
10. _____
11. _____
12. _____
13. _____

Data,

Semnătura,