

Domnule Președinte,

Subsemnatul/a.....
CNP....., asistent medical / moașă ,
specialitatea....., promoția....., cu
reatestare în data....., posesor/posesoare al/a Certificatului de Membru al
O.A.M.G.M.A.M.R. Filiala Olt, seria.....număr....., prin prezenta solicit
eliberarea unei adeverințe necesare pentru participarea la concursul organizat de unitatea
..... în perioada.....
pentru ocuparea postului de

Anexez B.I./C.I. în copie.

Data,

Semnătura,

Date de contact: - telefon.....

-e-mail.....

Domnului Președinte al O.A.M.G.M.A.M.R. Filiala Olt