

Formular: IP00108112023

Nr. de înregistrare: _____ / _____

ÎMPUTERNICIRE

Subsemnații, asistenții medicali generaliști, moașe și asistenții medicali angajați al (numele unității medicale): _____ ,

enumerați în **Anexa nr. 1** atașat la acest document, împuternicesc pe asistentul medical generalist / moașă / asistent medical membru activ al Ordinul Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România – Filiala Covasna (numele și prenumele): _____

_____ cu domiciliul la adresa:

având C.N.P. / / / / / / / / / / / / / / , să îi reprezinte pentru depunerea cererile de eliberare a adeverinței pentru întocmirea parafei profesionale și ridicarea adeverințelor în vederea confecționării parafei profesionale.

Notă pentru împuternicit!

Înainte de preluarea cererilor, verificați fiecare cerere **să fie completată lizibil cu majuscule și semnată personal de către solicitant.**

Ca persoană împuternicită sunt de acord și mă angajez să respect protecția datelor cu caracter personal în conformitate cu dispozițiile Regulamentului (UE) nr. 679/2016 al Parlamentului European și al Consiliului din 27 aprilie 2016.

Numele și prenumele: _____

Data: _____

Semnătura: _____