

ÎMPUTERNICIRE

Subsemnații, angajați ai:

Nr. Crt.	Nume/Prenume	CNP	Semnătură-acord
1			
2			
3			
4			
...			

Împuternicim pe doamna/domnul.....
cu domiciliul în.....
....., având B.I/C.I seria..... nr..... să ne reprezinte în
vederea:

- depunerii documentelor și ridicarea avizelor anuale de exercitare a profesiei de asistent medical pentru anul 2024.
- depunerii cererilor de eliberare a adeverinței pentru întocmirea parafei profesionale și ridicarea acestora.

Sunt de acord,

Nume prenume și Semnătura persoanei împuternicite

.....