**Anexa 2**

**ÎMPUTERNICIRE**

Subsemnații, angajați ai …………………………………………………………………………..:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nr.****Crt.** | **Nume/Prenume** | **CNP** | **Semnatura-acord** |
| 1 |  |   |   |
| 2 |  |   |   |
| 3 |  |   |   |
| 4 |  |   |   |
| 5 |  |   |   |

Împuternicim conform Hotărârii CN nr. 25/2023 pe doamna/domnul………..……………………

…………………………….…………....cu domiciliul în………………..…………………………

………………………………….……., având B.I/C.I seria……… nr……………………… să ne reprezinte pentru depunerea documentelor și ridicarea avizelor anuale de exercitare a profesiei de asistent medical pentru anul 2025.

**Sunt de acord,**

**Nume prenume și Semnătura persoanei împuternicite**

**..............................................................**