

Înregistrat Colegiul Farmaciștilor din județul _____

Nr. _____ din _____

Către,

COLEGIUL FARMACIȘTILOR DIN JUDEȚUL _____

Subsemnatul/a _____ cu domiciliul în _____,
telefon _____, e-mail _____, născut/ă la data _____ în localitatea _____, identificat prin _____ serie _____ număr _____ emis la data de _____ de _____, având Codul Numeric Personal _____, prin prezenta rog a analiza dosarul în vederea emiterii Certificatului de Membru al Colegiului Farmaciștilor din România.

Sunt de acord a fi prelucrate datele cu caracter personal (informații și documentele) în conformitate cu legislația aflată în vigoare privitoare la exercitarea profesiei de farmacist; și a prelucrării datelor cu caracter personal în sistemul informatic al Colegiului Farmaciștilor din România, totodată îmi exprim acordul ca datele mele personale să:

- Să fie partajate de către organizația operatoare, în beneficiul meu și în conformitate cu prevederile legale aflate în vigoare, cu:
 - Organizațiile parte a Colegiului Farmaciștilor din România și partenerii instituționali ai Colegiului Farmaciștilor din România;
 - Cu autoritățile publice naționale sau europene;
- Să fie prelucrate, în format anonimizat, în scopuri manageriale sau de cercetare, de către:
 - Organizația operatoare;
 - Administratorii IT ai sistemului informatic al Colegiului Farmaciștilor din România, în vederea îmbunătățirii și eficientizării fluxurilor informaționale.

Am fost informat asupra:

- Sistemului pentru implementarea prevederilor Regulamentului general pentru prelucrarea datelor personale al Uniunii Europene nr. 679/2016 dar și a prevederilor legislațiilor internaționale prin care îmi sunt:

- Prezentate și respectate drepturile privind prelucrarea datelor mele personale;
- Asigurate drepturile de a comunica on-line cu operatorul/operatorii datelor mele personale;
- Prezentate scopurile prelucrării de date personale și a pachetelor de date;
- Sunt puse la dispoziție informări și notificări privind prelucrarea datelor personale

Declar pe proprie răspundere că nu sunt membru al Colegiului Farmaciștilor în alt județ.

Atașez în vederea emiterii certificatului de membru al Colegiului Farmaciștilor din România următoarele documente:

1. Prezenta cerere de înscriere în Colegiul Farmaciștilor din România;
2. Documentele de atestare a profesiei de farmacist;
3. Cazierul judiciar;
4. Documentul care să ateste starea de sănătate corespunzătoare exercitării profesiei de farmacist, cu viza medicală;
5. Declarație pe proprie răspundere privind situații de incompatibilitate;
6. Documentul de identitate (act de identitate, etc);
7. Certificatul de căsătorie;
8. Dovada achitării taxelor, conform **deciziilor Colegiului Farmaciștilor din România:**
 - a. Taxa pentru înscrierea în Colegiul Farmaciștilor din România;
 - b. Cotizația anuală de membru.

Data

Semnătură