

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