Înregistrat Colegiul Farmaciștilor din județul Suceava

Nr. \_\_\_\_\_ din \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Către,

**COLEGIUL FARMACIȘTILOR DIN JUDEȚUL SUCEAVA**

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 îmbunătății 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 dispozitie 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**:
   1. Taxa pentru înscrierea în Colegiul Farmaciștilor din România;
   2. Cotizația anuală de membru.

|  |  |
| --- | --- |
| Data | Semnătură |