



COLEGIUL FARMACIȘTILOR DIN CONSTANȚA

Adresă: Bd. I.C.BRATIANU NR.18
Telefon: 0241627752/ 0761327768/ 0761327780
E-mail: contact@constanta.colegfarm.ro
Website: <https://constanta.colegfarm.ro>

Nr. _____ din data de _____

Către,

COLEGIUL FARMACIȘTILOR DIN ROMÂNIA

Subsemnatul/a _____ cu domiciliul în _____, telefon _____, e-mail _____, identificat prin B.I./C.I./alte serie _____, număr _____, eliberat/ă de _____ la data de _____, având CNP _____, solicit eliberarea unui document cu privire la activitatea profesională, în calitate ca membru al Colegiului Farmaciștilor din România, a _____.

Motivul solicitării: _____

Atașez următoarele documente:

- Documentul de identitate
- Dovada achitării taxei prevăzută prin Decizie a CFR.

Data

Semnătură

Subsemnatul/a..... , îmi exprim acordul cu privire la utilizarea și prelucrarea datelor mele cu caracter personal de către Colegiul Farmaciștilor din România și Colegiul Farmaciștilor din Constanta, în conformitate cu Regulamentul U.E. nr.679/2016, pe toată durata existenței calității mele de membru al CFR sau atât timp cât am/voi avea nevoie de documente eliberate de către Colegiul Farmaciștilor din Constanta pentru a exercita profesia.

Prin completarea și semnarea prezentului document, eu – semnatarul – confirm că am citit, am fost informat corect, complet, precis, am luat la cunoștință și am înțeles pe deplin atât scopul prelucrării datelor cu caracter personal cât și drepturile de care beneficiaz conform prevederilor legale aplicabile, respectiv: dreptul de a fi informat, dreptul de acces, dreptul la rectificarea, dreptul la opoziție și procesul decizional individual automatizat, în conformitate cu Regulamentul U.E. nr.679/2016.