



COLEGIUL FARMACIȘTILOR DIN CONSTANȚA

Adresă: Bd. I.C. BRĂȚIANU 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 _____, posesor al Certificatului de membru al C.F.R. seria _____, cu numărul _____, din data de _____, solicit **încetarea calității de membru** al Colegiului Farmaciștilor din România începând cu data de _____ pentru motivul _____.

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 Constanța, 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 Constanța 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 rectificare, dreptul la opoziție și procesul decizional individual automatizat, în conformitate cu Regulamentul U.E. nr.679/2016.