



## COLEGIUL FARMACIȘTILOR DIN CONSTANȚA

Adresă: Bd. I.C.BRATIANU NR.18  
Telefon: 041627752/ 0761327768/ 0761327780  
E-mail: [contact@constanta.colegfarm.ro](mailto: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 care să confirme faptul că **nu am fost/nu sunt membru al Colegiului Farmaciștilor din România.**

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 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.