



## COLEGIUL FARMACIȘTILOR DIN CONSTANȚA

Adresă: Bd. I C BRATIANU NR. 18

Telefon: 0241627752/ 0761327768/ 0761327780

E-mail: [contact@coconstanta.colegfarm.ro](mailto:contact@coconstanta.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./altele  
seria \_\_\_\_\_ 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 **transferul** de la Colegiul Farmaciștilor  
din \_\_\_\_\_, la Colegiul Farmaciștilor din \_\_\_\_\_,  
începând cu data de \_\_\_\_\_.

Data

Semnătura,

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.