

**Se completeaza la colegiul judetean**

CMR - filiala judet: ..... Nr. inreg. .... / .....

Prin prezenta se adevereste ca dl. / d-na. dr.:

numele: ..... prenumele: .....

grad profesional ..... specialitatea .....

CNP |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

locul de munca: .....

oras: .....

este membru al Colegiului Medicilor din Romania, avand cotizatia platita la zi.

Data Semnatura si stampila Colegiului Judetean

.....

.....

**Se completeaza de catre solicitant**

Subsemnatul Dr. .... rog sa fiu inregistrat in acest program. Sunt de acord cu folosirea datelor personale pentru desfasurarea programului de educatie medicala continua EMCB, in conformitate cu prevederile legislatiei in vigoare.

Pot fi contactat de personalul implicat in realizarea programului EMCB la:

adresa de email\* .....

Tel\*: fix: (prefix) |\_|\_|\_|\_| nr.: |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|, mobil: |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Declar pe proprie raspundere ca nu ma aflu in niciuna din situatiile prevazute de art. 388 si 389 din Legea 95/2006. In conformitate cu prevederile Regulamentului European nr. 679/2016, imi exprim acordul fara echivoc pentru prelucrarea datelor cu caracter personal in scopul pentru care au fost solicitate si ma oblig sa aduc la cunostinta Colegiului Medicilor din Municipiul Bucuresti, orice modificare a acestor date. Declar ca sunt de acord sa primesc notificari si/sau informari din partea Colegiului Medicilor din Municipiul Bucuresti.

Semnatura si parafa medicului: