

**ACORD privind PRELUCRAREA DATELOR
CU CARACTER PERSONAL**

Subsemnatul/ -a Dr.

Gradul profesional.....

Specialitatea

Declar că am luat la cunoștință că, prin înscrierea mea în Colegiul Medicilor Brăila, datele mele cu caracter personal sunt colectate și stocate în baza de date a Colegiului Medicilor Brăila, prin mijloace automatizate/manuale, destinate întocmirii Registrului Unic Național al Medicilor din România, în conformitate cu Legea nr. 95/ 2006 privind reforma în domeniul sănătății – Titlul XII.

Potrivit Legii nr. 677/2001, beneficiaz de dreptul de acces, de intervenție asupra datelor și de dreptul de a nu fi supus unei decizii individuale. Totodată, am dreptul de a mă opune prelucrării datelor personale care mă privesc și să solicit ștergerea acestora. Pentru exercitarea acestor drepturi, mă pot adresa cu o cerere scrisă, datată și semnată la secretariatul Colegiului Medicilor Brăila.

Refuzul meu privind prelucrarea datelor cu caracter personal determină imposibilitatea de a fi înregistrat/ -ă în Colegiului Medicilor din România și de a obține dreptul de liberă practică.

Brăila,

Data

SUNT / NU SUNT DE ACORD

Dr.

Semnătura