



ACORD

Privind prelucrarea datelor cu caracter personal a membrilor CMOlt

Subsemnatul

IDNPBI.....

Data eliberăriiOf

Adresa

Specialitate

Loc de practică medicală

prin acest acord îmi exprim în mod expres consimțământul ca Responsabilul cu Protecția Datelor să prelucreze datele mele cu caracter personal, care sunt oferite de către mine, precum și să colecteze și să prelucreze datele mele pe durata perioadei de membru al Colegiului Medicilor Olt și să asigure limitarea accesului persoanelor neautorizate în spațiile destinate exclusiv salariaților, precum și la locul de muncă.

Nume, Prenume	Semnătură
	Data

Confirm că am fost informat cu prevederile "Politicii de securitate a datelor cu caracter personal în cadrul Ministerului Justiției", "Regulamentul privind prelucrarea informațiilor ce conțin date cu caracter personal în Sistemul de evidență a salariaților" și că mi s-a adus la cunoștință drepturile mele prevăzute în Legea nr. 133 din 08 iulie 2011 privind protecția datelor cu caracter personal și responsabilitățile mele privind prelucrarea datelor cu caracter personal.

Nume Prenume	Semnătură
	Data

Prezentul acord a fost întocmit în două exemplare, câte unul pentru fiecare parte.

Am primit un exemplar	Semnătura
-----------------------	-----------