

Înregistrat Colegiul Farmaciștilor din județul _____

Nr. _____ din _____

Către,

COLEGIUL FARMACIȘTILOR DIN JUDEȚUL _____

Subsemnatul/a _____ cu domiciliul în _____,

telefon _____, e-mail _____, născut/ă la data _____ în localitatea _____, identificat prin _____ serie _____ număr _____ emis la data de _____ de _____, având Codul Numeric Personal _____, prin prezenta rog a analiza dosarul în vederea emiterii Certificatului de

Membru al Colegiului Farmaciștilor din România.

Sunt de acord a fi prelucrate datele cu caracter personal (informații și documentele) în conformitate cu legislația aflată în vigoare privitoare la exercitarea profesiei de farmacist; și a prelucrării datelor cu caracter personal în sistemul informatic al Colegiului Farmaciștilor din România, totodată îmi exprim acordul ca datele mele personale să:

- Să fie partajate de către organizația operatoare, în beneficiul meu și în conformitate cu prevederile legale aflate în vigoare, cu:
 - Organizațiile parte a Colegiului Farmaciștilor din România și partenerii instituționali ai Colegiului Farmaciștilor din România;
 - Cu autoritățile publice naționale sau europene;
- Să fie prelucrate, în format anonimizat, în scopuri manageriale sau de cercetare, de către:
 - Organizația operatoare;
 - Administratorii IT ai sistemului informatic al Colegiului Farmaciștilor din România, în vederea îmbunătățirii și eficientizării fluxurilor informaționale.

Am fost informat asupra:

- Sistemului pentru implementarea prevederilor Regulamentului general pentru prelucrarea datelor personale al Uniunii Europene nr. 679/2016 dar și a prevederilor legislațiilor internaționale prin care îmi sunt: