

Loc/Locuri de muncă (Se vor menționa toate locurile de muncă unde solicitantul desfășoară în prezent, activitate medicală, atât pe teritoriul României, cât și pe teritoriul altor state.)*)

1. unitatea medicală
adresa
tel. |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

2. unitatea medicală
adresa
tel. |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

3. unitatea medicală
adresa
tel. |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Adresă de domiciliu

Str. nr., bl., sc., et., ap., cod poștal |_|_|_|_|_|_|_|_|, localitatea, satul (dacă este cazul) sectorul (județul), tel. fix |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|, mobil |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|, e-mail

Adresa de corespondență (dacă este diferită de cea de domiciliu)

Str. nr., bl., sc., et., ap., cod poștal |_|_|_|_|_|_|_|_|, localitatea, satul (dacă este cazul) sectorul (județul)

Declar pe propria răspundere că:

- NU MĂ AFLU în niciuna dintre situațiile prevăzute de **art. 388 și 389** din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare,
- SUNT DE ACORD cu prelucrarea datelor personale, inclusiv a CNP-ului, conform Regulamentului (UE) 2016/679 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și privind libera circulație a acestor date, regulament pus în aplicare în toate statele membre ale Uniunii Europene începând cu data de 25 mai 2018.
- MĂ OBLIG să aduc la cunoștința Colegiului Medicilor Arad orice modificare a acestor date.

Data
.....

Semnătura
.....

.....
(numele și prenumele)

Loc/Locuri de muncă (continuare)*)

4. unitatea medicală

adresa

tel. |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

5. unitatea medicală

adresa

tel. |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

6. unitatea medicală

adresa

tel. |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

7. unitatea medicală

adresa

tel. |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

8. unitatea medicală

adresa

tel. |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

9. unitatea medicală

adresa

tel. |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

10. unitatea medicală

adresa

tel. |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

11. unitatea medicală

adresa

tel. |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

12. unitatea medicală

adresa

tel. |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|