

CERERE DE TRANSFER

din COLEGIUL MEDICILOR

în COLEGIUL MEDICILOR

Subsemnatul(a), nume, inițiala tatălui, prenume

..... cod numeric personal [][][][][][][][][][][][], act de

identitate serie nr. nume anterior

domiciliat in oraş, str....., nr.

....., bl., sc., et., ap., sector (județ)

[illegible]

_____, e-mail _____, posesor(oare) _____

al(a) Certificatului de membru al Colegiului Medicilor din România nr. din

data, vă rog să îmi aprobați transferul din Colegiul Medicilor

..... în Colegiul Medicilor

.....

.....

.....

Adresă de domiciliu

Str., nr., bl.

sc _____ et _____ an _____ sector (judet) _____, cod poșta _____

se., et., ap., sector, tel. fix | | | | | | | | | |

mobil e-mail

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

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

Str., nr., bl.

sc _____ et _____ ap. _____ sector (județ) _____, cod poșta _____

_____ oras _____, tel. fix _____

mobil e-mail

Doresc ca documentele să îmi fie transmise astfel:

Doresc ca documentele să îmi fie transmise astfel:

| | ridicare personal/împuternicit;

☐ prin servicii de curierat cu plata la destinatar la adresa de domiciliu/ adresa de corespondenta.

Sunt de acord cu prelucrarea datelor cu caracter personal de către Colegiul Medicilor din România necesare procesării cererii de transfer (emitere și predare/transmitere documente, avizarea anuală etc.), în conformitate cu prevederile Regulamentului (UE) 2016/679 al Parlamentului European și al Consiliului.

Declar pe propria răspundere, cunoscând dispozițiile art. 326 din Legea nr. 286/2009 privind Codul penal, cu modificările și completările ulterioare, cu privire la falsul în declarații, că informațiile prezentate în această cerere și documentele anexate corespund realității.

Data

Semnătura