

CERERE DE TRANSFER

din Colegiul Medicilor Suceava în Colegiul Medicilor

Subsemnatul(a), nume, inițiala tatălui,
prenume, cod numeric
personal act de identitate serie nr.
....., nume anterior, domiciliat(ă) în orașul
....., str. nr.,
bl., sc., ap., județul (sectorul), codul poștal
....., tel. fix, mobil,
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 Suceava în Colegiul Medicilor

Atașez următoarele documente:

.....
.....
.....

Adresa de domiciliu:

Str. nr., bl., sc., et., ap.,
județul (sectorul), codul poștal,
orașul/comuna, satul

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

Str. nr., bl., sc., et., ap.,
județul (sectorul), codul poștal,
orașul/comuna, satul,
tel. fix, mobil, e-mail
.....

Doresc ca documentele să îmi fie transmise astfel:

ridicare personal/împuternicit;

prin servicii de curierat cu plata la destinatar: la 'O adresa de domiciliu sau la 'O adresa de corespondență (se va bifa adresa aleasă).

Sunt de acord cu prelucrarea datelor cu caracter personal de către Colegiul Medicilor din România/Colegiul Medicilor Suceava 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 din 27 aprilie 2016 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și privind libera circulație a acestor date și de abrogare a Directivei 95/46/CE (Regulamentul general privind protecția datelor).

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

.....