

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 în oraș, str....., nr., bl., sc., et., ap., sector (județ), cod 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 în Colegiul Medicilor

Atașez următoarele documente:

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

Adresă de domiciliu

Str., nr., bl., sc., et., ap., sector (județ), cod poștal [_____] , oraș, tel. fix [_____] , mobil [_____] , e-mail

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

Str., nr., bl., sc., et., ap., sector (județ), cod poștal [_____] , oraș, 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 adresa de domiciliu/ adresa de corespondenta.

Sunt de acord cu prelucrarea datele 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