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