

**CERERE  
adeziune membru SMAR****NUME :****PRENUME :****CNP :****CUIM :****MEDIC SPECIALIST  PRIMAR  REZIDENT  GRAD DIDACTIC:****LOC DE MUNCĂ:****E-MAIL :****TELEFON MOBIL :**

Datele cuprinse în prezentul formular vor fi stocate pe o perioadă determinată, atât timp cât sunteți membru al SMAR. Vă informăm că aveți dreptul de rectificare sau ștergerea datelor dumneavoastră personale, conform legii, precum și dreptul de a face plângere la autoritatea de supraveghere, dacă considerați că drepturile dvs au fost nerespectate. Vom stabili măsuri tehnice și procedurale, pentru a proteja și pentru a asigura confidențialitatea și integritatea datelor dvs. cu caracter personal prelucrate; vom preveni utilizarea sau accesul neautorizat și vom preveni încălcarea securității datelor cu caracter personal, în conformitate cu legislația în vigoare.

Acord de prelucrare și comunicare date cu caracter personal (consimțământul informat):

Declar că:

- a) Am fost informat că datele mele personale urmează să fie prelucrate: da  / nu
- b) Am fost informat că datele înregistrate sunt destinate utilizării exclusiv în scopul gestionării bazei de date a SMAR, comunicării prin e-mail a informărilor cu privire la activitățile SMAR, contactării telefonice: da  / nu
- c) Îmi dau acordul pentru înregistrarea, stocarea și prelucrarea datelor mele personale: da  / nu

Data:

Semnătura: