

###### ORDINUL ASISTENŢILOR MEDICALI GENERALISTI, MOAŞELOR SI ASISTENTILOR MEDICALI DIN ROMÂNIA

###### FILIALA VÂLCEA

###### (CIF 15442019)

###### Tel: 0250742547 0350412036

###### Fax 0250742547

###### oammrvalcea@yahoo.com

###### oamrvalcea.ro

###### Rm. Valcea, Aleea Muzicii, nr. 5 - 8, bl.. RO5 – RO6, sc. RO5, ap. 3/6, jud. Valcea

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datele dumneavoastra personale sunt prelucrate de OAMGMAMR, potrivit notificarii nr 11308, in conformitate cu Legea nr 677/2001, in scopul eliberarii certificatelor de membru, a adeverintei care atesta onorabilitatea si moralitatea. Datele pot fi dezvaluite unor terti in baza unui temei legal justificat. Va puteti exercita drepturile de acces, de interventie si de opozitie in conditiile prevazute de Legea nr 677/2001, printr-o cerere scrisa, semnata si datata, trimisa pe adresa institutiei.

**Nr \_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Domnule Presedinte,**

# Subsemnatul/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nascut/a la data de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, cu domiciliul stabil in localitatea \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, strada \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nr \_\_\_, bl. \_\_\_\_, sc \_\_, ap. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, judetul \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, absolvent/a al/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, promotia \_\_\_\_\_\_\_, cu Diploma seria \_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, sau, avand specialitatea \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, cu o vechime in munca sanitara de \_\_\_\_\_ ani si \_\_\_\_ luni, va rog sa-mi aprobati inscrierea in Ordinul Asistentilor Medicali Generalisti, Moaselor si Asistentilor Medicali din Romania si eliberarea Certificatului de membru.

Am luat cunostinta de obligatiile profesionale ce-mi revin in activitatea pe care o voi desfasura.

|  |
| --- |
|  ***Sunt de acord cu prelucrarea, precum si cu pastrarea datelor in scop statistic, de catre O.A.M.G.M.A.M.R. – Filiala Valcea, a numarului meu de telefon si a adresei de e-mail pentru operarea in Registrul Unic National al Asistentilor Medicali din Romania si in comunicarea cu mine.******Telefon |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| E-mail ........................................*** ***SE VA COMPLETA OBLIGATORIU, NUMAI CU E-MAILUL PERSONAL AL TITULARULUI CARE SE VA INREGISTRA IN REGISTRUL NATIONAL UNIC SI VA FI FOLOSIT IN COMUNICAREA CU O.A.M.G.M.A.M.R******Data Semnatura*** |

***In conformitate cu prevederile Regulamentului European nr. 679/2016, imi exprim acordul fara echivoc pentru prelucrarea datelor cu caracter personal in scopul pentru care au fost solicitate si ma oblig sa aduc la cunostinta O.A.M.G.M.A.M.R. Filiala Valcea, porice modificare a acestor date in termen de 30 de zile de la data aparitiei modificarii. Declar ca sunt de acord sa primesc notificari si/sau informari din partea O.A.M.G.M.A.M.R. Filiala Valcea.***

***Data Semnatura***

Domnului Presedinte al Ordinului Asistentilor Medicali Generalisti, Moaselor si Asistentilor Medicali din Romania Filiala Valcea