

CERERE DE ÎNSCRIERE
în Asociația Medicilor de Familie București-Ilfov

1. Subsemnatul/a _____
 (Nume) (Prenume)

2. CNP |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

3. CUIM |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
 Codul Unic de Inregistrare al Medicului

4. Grad profesional:

- Specialist
 Primar
 Rezident
 Pensionar
 Medic (fără specialitate)

5. Competențe/Atestate

- Medicină de întreprindere
 Ecografie
 Planning familial
 Altele _____

Instructor-formator MF

- Cadru didactic UMF
 Cadru asociat UMF
 Doctorat
 Doctorand

6. Specialitatea: Medicină de familie Medicină generală

7. Alte specialități: _____

8. Loc de muncă: _____
 (denumire unitate) (adresă unitate)

9. Aflat în contract cu Casa de Asigurări de Sănătate:

- CASMB OPSNAJ Nu am contract cu CJAS
 CAS Ilfov Alta _____

10. Statut: medic titular contract medic angajat

11. Membru al altor organizații

- Patronatul Medicilor de Familie București-Ilfov (PMFB, fondat 2009)
 Altele _____

12. Modalități de contact

Telefon mobil: _____ Doresc să primesc anunțurile AMFB prin SMS

Adresă e-mail: _____@_____.

[Vă rugăm completați cu atenție!]

Solicitați prin completarea și semnarea prezentei cereri, alături de achitarea cotizației pe anul curent, înscrierea ca Membru al Asociației Medicilor de Familie București-Ilfov. Declar că am luat la cunoștință Statutul AMFB, pe care mă oblig să-l respect.

Sunt de acord cu prelucrarea electronică a datelor conținute în această cerere și declar că voi anunța în termen de 30 de zile orice schimbare a acestor date la adresa office@amf-b.ro, telefonic sau la sediul AMFB.

De asemenea, am înțeles ca AMFB are calitate de operator de date cu caracter personal și că prelucrează aceste date în următoarele scopuri:

- a) informarea membrilor cu privire la acțiunile pe care le întreprinde asociația în sprijinul instruirii și perfecționării profesionale a medicilor de familie din România*
b) participarea membrilor la acțiunile menționate la litera a)

cu mențiunea că datele personale nu sunt transferate în afara UE sau SEE și sunt păstrate timp de 5 ani de la ultima înscriere.

Am luat la cunoștință că, în cazul în care nu mai doresc să primesc aceste informații, am dreptul să mă opun și/sau să solicit ștergerea datelor personale din baza de date AMFB, prin simpla trimitere a unui email în acest sens către office@amf-b.ro.

Menționăm că, suplimentar, în conformitate și în condițiile stabilite de Regulamentul General privind Protecția Datelor nr. 679/2016, beneficiați și de următoarele drepturi în privința datelor personale deținute de AMFB: dreptul de acces și de rectificare, dreptul la restricționarea prelucrării, dreptul la portabilitatea datelor și dreptul de a depune o plângere la ANSPDCP (www.dataprotection.ro).

Data _____

Semnătura _____

Pentru detalii despre activitatea AMFB vizitați periodic www.amf-b.ro!