

DENUMIRE FARMACIE.....

DENUMIRE SOC COMERCIALA.....

NR AUTORIZATIE.....DATA AUTORIZATIE.....

FARMACIST SEF.....NUMAR TEL MOBIL.....

PROGRAM :

LUNI-VINERI.....

SAMBATA.....

DUMINICA.....

PROGRAM SARBATORI.....

OBSERVATII PROGRAM.....

CONTACT: EMAIL.....NR TEL.....

ACTIVITATE RECEPTURA: DA.....NU.....

ADRESA.....
.....

OFICINE COMUNITARE RURALE:

1.DENUMIRE.....ADRESA.....

2.DENUMIRE.....ADRESA.....

3.DENUMIRE.....ADRESA.....

LISTA PERSONAL (FARMACISTI):

- 1.....
- 2.....
- 3.....
- 4.....
- 5.....
- 6.....
- 7.....

Subsemnatul/a _____, îmi exprim acordul cu privire la utilizarea și prelucrarea datelor mele cu caracter personal de către Colegiul Farmaciștilor din România și Colegiul Farmaciștilor din _____, în conformitate cu Regulamentul U.E. nr.679/2016, pe toată durata existenței calității mele de membru al CFR sau atât timp cât am/voi avea nevoie de documente eliberate de către Colegiul Farmaciștilor din _____ pentru a exercita profesia.

Prin completarea și semnarea prezentului document, eu – semnatarul – confirm că am citit, am fost informat corect, complet, precis, am luat la cunoștință și am înțeles pe deplin atât scopul prelucrării datelor cu caracter personal cât și drepturile de care beneficiaz conform prevederilor legale aplicabile, respectiv: dreptul de a fi informat, dreptul de acces, dreptul la rectificare, dreptul la opoziție și procesul decizional individual automatizat, în conformitate cu Regulamentul U.E. nr.679/2016.

STAMPILA/ SEMNATURA FARMACIST SEF