

ASOCIAȚIA MEDISPROF
Str. Piața 1 Mai, nr. 3 Cluj Napoca

CUI 28380562

IBAN : RO52 INGB 0000 9999 0280 7155

tel 0264 439 270



Medisprof
Asociația

FORMULAR DE ADEZIUNE

Subsemnatul, _____, cu domiciliul în
localitatea _____, str. _____ nr. _____

Bloc _____, scara _____, etaj _____, ap. _____, județ/sector _____ cod postal,
_____, tel. _____, e-mail _____

Îmi exprim intenția și acordul de a deveni membru al Asociației Medisprof

Declar că am luat cunoștință de Statutul, Actul constitutiv, principiile și scopul pentru care s-a înființat Asociația, cu care sunt de acord. De asemenea, sunt de acord cu hotărârile organelor de conducere ale asociației și de a achita o cotizație anuală de 200 RON.

Nu doresc să devin membru al Asociației Medisprof, însă doresc să primesc informații din partea Asociației despre viitoare cursuri/activități/conferințe organizate, la adresa de e-mail _____.

Data:

SOLICITANT _____

Semnătura

ASOCIAȚIA MEDISPROF

Reprezentant legal

Semnătura și ștampila

CONSIMȚĂMÂNT LIBER EXPRIMAT

cu privire la Prelucrarea Datelor cu Caracter Personal

Subsemnatul _____, CNP _____, declar fără echivoc că am fost informat asupra drepturilor mele conform cerințelor Regulamentului (UE) 2016/679 al Parlamentului European și al Consiliului din 27.04.2016, a Legii nr. 677/2001 pentru protecția persoanelor cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal și libera circulație a acestor date, modificată și completată și ale Legii nr. 506/2004 privind prelucrarea datelor cu caracter personal și protecția vieții private de către Asociația Națională a Farmaciștilor Oncologi din România.

Declar că sunt de acord ca datele mele să fie prelucrate și menționez că acest acord este valabil până va fi expres revocat de către mine în condițiile legale.

Data:

Nume

Semnătură