

Doamna Presedinte,

Subsemnatul(a) _____, domiciliat(a) în localitatea _____, strada _____, nr. _____, bl. _____, sc. _____, ap. _____, județul _____, posesor(are) a CI seria _____, număr _____, CNP _____, membru(a) a OAMGMAMR filiala Brașov, având certificat de membru seria _____, nr _____ eliberat la data de _____, specializarea _____, unitatea sanitară _____ prin prezenta vă rog să-mi aprobați înscrierea la cursul de Resuscitare cardiopulmonară și cerebrală SVB_DEA din perioada _____

Menționez că:

sunt de acord cu plata taxei de 50 lei/curs

nu sunt de acord cu plata taxei de 50 lei/curs

Datele d-voastră personale sunt prelucrate de OAMGMAMR, în conformitate cu reglementările în vigoare, în scopul eliberării certificatelor de membru, a adevărului care atestă onorabilitatea și moralitatea și orice alt document solicitat de dumneavoastră ce are legătura cu exercitarea profesiei de asistent medical. Datele pot fi dezvăluite unor terți în baza unui temei legal justificat. Vă puteți exercita drepturile de acces, de intervenție și de opoziție în condițiile prevăzute de reglementările în vigoare, printr-o cerere scrisă, semnată și datată, trimisă pe adresa instituției.

Vă mulțumesc,

Data

Semnătura