Doamna Presedinte,

Subsemnatul(a)_____, domiciliat(a) în localitatea_____, strada_____, nr._____, bl._____, sc._____, ap._____, judetul_____, posesor(are) a CI seria_____, număr_____, CNP_____, membru(a) a OAMGMAMR filiala Brașov, având cerficat 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-vostră personale sunt prelucrate de OAMGMAMR, in conformitate cu reglementarile in vigoare , în scopul eliberării certificatelor de membru, a adeverinţei care atestă onorabilitatea si moralitatea si orice alt document solicitat de dumneavoastra ce are legatura cu exercitarea profesiei de asistent medical. Datele pot fi dezvăluite unor terţi în baza unui temei legal justificat. Vă puteti exercita drepturile de acces, de intervenţie si de opoziţie în condiţiile prevăzute de reglementarile in vigoare , printr-o cerere scrisă, semnată şi datată, trimisă pe adresa instituţiei.

Vă mulțumesc,

Data

Semnătura