

DECLARAȚIE DE CONȘIMȚĂMÂNT

Subsemnatul/Subsemnata, _____ având domiciliul în mun. _____, str. _____, nr. _____, jud. _____, CNP _____, în calitate de membru al Colegiului Farmaciștilor Sibiu:

(i) Certific faptul că am fost informat/ă de către **Colegiul Farmaciștilor Sibiu** despre toate aspectele privind prelucrarea datelor personale, că am citit și am înțeles dispozițiile prezentei Note de informare

(ii) Cu privire la primirea de comunicări referitoare la evenimente de formare profesională, noutăți legislative, adrese, recomandări ș.a. primite de adresa de mail furnizată de către mine, arăt că:

- Sunt de acord
- Nu sunt de acord

Data: ___/___/___

Nume, prenume:

(se va trece în clar numele, prenumele semnatarului)

Semnătura: _____