

**CERERE DE ADERARE LA ASOCIAȚIA farmaciștilor**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Subsemnatul(a) | | | | | ***Nume Prenume Patronimic*** | | | | | | | | | | | | |
| cetățean al | | | ***Republicii Moldova*** | | | | născut în municipiul/raionul | | | | | | ***Localitatea*** | | | | |
| la data de | | ***00.00.0000*** | | | | domiciliat (ă) în | | ***Localitatea*** | | | | | | | | | |
| str. | ***Denumirea*** | | | | | | | | | | | | nr. | ***00*** | | ap. | ***00*** |
| identificat (ă) cu Buletinul de identitate seria | | | | | | | | ***A*** | | nr. | ***00000000*** | | | | | | |
| eliberata de | | | | ***ooo*** | | | la data de | | ***00.00.0000*** | | | IDNP | | | ***0000000000000*** | | |

solicit aderarea la Asociația Farmaciștilor din Republica Moldova în calitate de membru.

Declar că am luat cunoştinţă și sunt de acord cu prevederile Statutului Asociaţiei Farmaciștilor din Republica Moldova, prevederi pe care le accept şi mă angajez să le respect.

Mă angajez să comunic modificările care vor surveni în datele de mai sus, să susţin şi să promovez obiectivele şi activităţile Asociaţiei Farmaciștilor din Republica Moldova şi să contribui la dezvoltarea Asociaţiei, prin acţiunile mele şi prin competenţele pe care le deţin.

Declar pe proprie răspundere că datele din prezenta cerere sunt corecte și pot fi folosite doar pentru uzul intern al Asociaţiei.

Declar pe proprie răspundere ca doresc sa devin susținător al AFRM, fapt pentru care solicit aprobarea prezentei cereri.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Data | ***00.00.0000*** | Semnătura |  |

**Declarație**

**privind acordul pentru prelucrarea datelor cu caracter personal**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Subsemnatul (a) | | | ***Nume Prenume Patronimic*** | | | | | | posesor al buletinului de identitate seria | ***A*** |
| nr. | ***00000000*** | | | eliberat | | ***00.00.0000*** | de către | | ***ooo*** | |
| declar ca, îmi dau acordul pentru stocarea, prelucrarea, transmiterea și utilizarea datelor cu caracter personal de către Asociația Farmaciștilor din Republica Moldova. Am luat cunoștință de faptul că AFRM este operator de date cu caracter personal conform Legii Nr. 133 din 08.07.2011 privind protecția datelor cu caracter personal, Legii nr. 71-XVI din 22.03.2007 cu privire la registre, Hotărârii Guvernului nr. 1123  din  14.12.2010 privind aprobarea Cerințelor față de asigurarea securității datelor cu caracter personal la prelucrarea acestora în cadrul sistemelor informaționale de date cu caracter personal, precum și Convenției pentru protecția persoanelor referitor la prelucrarea automatizată a datelor cu caracter personal (Strasbourg, 28 ianuarie 1981). | | | | | | | | | | |
| Data | | ***00.00.0000*** | | | Semnătura | | |  | | |