

Talon de înscriere

Nume				Prenume	
Localitate				Strada	
Nr.	Bl.	Sc.	Ap.	Județ	
Nume cabinet:					
Număr telefon:			E-mail:		

Taxa de participare: 150 lei.

Modalități de plată:

- prin virament bancar, în contul: RO52 BREL 0002 0012 8747 0100, Libra Internet Bank Arad; Colegiul Medicilor Stomatologi Arad, CUI 17072443;
- la sediul CMS ARAD - str. Căărășilor, Nr. 3, Arad;
- online, pe pagina cmdarad.ro/Taxe CMD Arad

Pentru informatii suplimentare vă rugăm să ne contactati la următoarele numere de telefon:

- Secretariat CMS Arad: 0746.174.694
- Președinte CMS Arad: 0746.157.004

Vă rugăm să trimiteți acest talon, împreună cu dovada plății și acordul prelucrării datelor cu caracter personal* la adresa: cmdarad@yahoo.com.

*acordul prelucrării datelor se regăsește la pag 2

Incepând cu date de 25.05.2018 Regulamentul (UE) 2016/679 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și privind libera circulație a acestor date se aplică prelucrării datelor cu caracter personal în cadrul activităților derulate la sediul unui operator sau al unei persoane împuternicite de operator pe teritoriul UE, indiferent dacă prelucrarea are loc sau nu pe teritoriul UE.

Pentru a aplica dispozițiile noului Regulament, Colegiul Medicilor Stomatologi Arad, are nevoie de consimțământul dvs. pentru a prelucra anumite date cu caracter personal.

*Prin urmare, suplimentar completării Formularului de înregistrare, aveți obligația de a completa și Formularul **Declarație de Consimțământ**.*

Pentru mai multe detalii vă rugăm să consultați Notificarea privind prelucrarea datelor cu caracter personal publicată pe site-ul nostru.

Declarație de consimțământ

Sunt de acord ca organizația profesională Colegiul Medicilor Stomatologi Arad, să fie autorizată să prelucreze datele mele personale introduse în formularul de înregistrare, în următoarele scopuri: *eliberarea diplomelor primire de invitații și înscriere la manifestări științifice, congrese, conferințe, simpozioane; primirii de materiale științifice în domeniu; colaborării cu alte instituții profesional-științifice, institute de cercetare, din țară și străinătate; colaborării cu Colegiul Medicilor Stomatologi din Romania, Ministerul Sănătății precum și cu oricare alte instituții de cercetare științifică, instituții de învățământ superior, instituții publice sau private, administrații publice din România sau din alte țări, precum și cu organisme și organizații internaționale; decontarea unor cheltuieli;*

Consimțământul în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal, precum și furnizarea datelor menționate sunt voluntare sau există un interes legitim (ex: pentru a deveni membru, pentru a participa la o manifestare profesională, congres, etc.). Vă puteți exercita, în mod gratuit, următoarele drepturi, în conformitate cu dispozițiile prevăzute de Regulamentul General privind Protecția Datelor și de legislația națională: *Dreptul la informare, dreptul de acces la datele dvs., Dreptul de intervenție, Dreptul de opoziție, Dreptul de a nu fi supus unei decizii individuale.*

În cazul în care aveți întrebări legate de această declarație de consimțământ sau de protecția datelor de către *Colegiul Medicilor Stomatologi Arad* în general, vă rugăm să nu ezitați să contactați ofițerul nostru pentru protecția datelor la adresa de e-mail: cmdarad.office@yahoo.com.

- **Sunt de acord să fiu contactat în scopul primirii de invitații la manifestări științifice, Congrese, Conferințe, primirii de materiale științifice în domeniu, diverse mesaje de felicitare și anunturi aniversare**
- Am înțeles această declarație de consimțământ și sunt de acord cu prelucrarea datelor mele personale în scopurile descrise în această declarație de consimțământ.
- **Semnătură:** _____
- E-mail _____
- Data _____