**Colegiul Medicilor Cluj**

 www.colmedcj.ro

 Str. Salcâmului, nr.37A, ap.80, parter

 400377 Cluj-Napoca

 Tel: 0264 592 887

 E-mail: colmedcj@gmail.com

*Operator de date cu caracter personal înregistrat sub nr. 15.646*

**Admis la data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Respins la data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nr. Înregistrare: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Cerere de transfer**

**Din Colegiul Medicilor CLUJ**

**În Colegiul Medicilor \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Subsemnatul (a), Nume\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, inițiala tatălui\_\_\_\_\_, prenume \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CNP |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|, act de identitate \_\_\_\_\_\_, serie \_\_\_\_, nr.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nume anterior \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ domiciliat/ă în localitatea \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ str. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_, bl. \_\_\_\_, sc. \_\_\_\_\_, et. \_\_\_\_\_\_\_\_, ap. \_\_\_\_\_, sector/județ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, cod poștal |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|, tel fix |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|, mobil |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|, posesor(oare) al(a) certificatului de membru al Colegiului Medicilor din România nr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ din data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, vă rog să îmi aprobați transferul din Colegiul Medicilor Cluj în Colegiul Medicilor \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**Motivul** transferului îl constituie:

**[ ]**  domiciliul **– Atașez carte de identitate (Dovadă domiciliu)**

**[ ]**  locul de muncă **–** **Atașez adeverință loc de muncă**

**[ ]  Anexez prezentei cereri Certificatul de membru CMR în original**

**[ ]** Mă oblig ca în termen de 5 zile de la data depunerii prezentei cereri să prezint/ transmit fizic **Certificatul de Membru CMR** către Colegiul Medicilor Cluj

**Adresă de domiciliu**

Str. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nr. \_\_\_\_\_, bl. \_\_\_\_\_\_\_, sc. \_\_\_\_\_, et. \_\_\_\_\_, ap. \_\_\_\_\_, sector (județ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, cod poștal |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|, localitatea \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, tel. fix |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|,

mobil |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|,

e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**Adresa de corespondență (dacă este diferită de cea de domiciliu)**

Str. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nr. \_\_\_\_\_, bl. \_\_\_\_\_\_, sc. \_\_\_\_\_, et. \_\_\_\_\_, ap. \_\_\_\_\_, sector (județ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cod poștal |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|, localitatea \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**Doresc ca noul certificat de membru CMR și avizul aferent acestuia (emise de Colegiul la care solicit transferul) să îmi fie transmise astfel:**

**[ ]  ridicare personal/împuternicit**

**[ ]  prin servicii de curierat cu plata la destinatar la adresa de domiciuliu/ adresa de corespondență**

*Sunt de acord cu prelucrarea datelor cu caracter personal de către Colegiul Medicilor din România necesare procesării cererii de transfer (emitere și predare/ transmitere documente, avizarea anuală, etc), în conformitate cu prevederile Regulamentului (UE) 2016/679 al Parlamentului European și al Consiliului.*

*Declar pe propria răspundere, cunoscând dispozițiile art. 326 din Legea nr. 286/2009 privind Codul Penal, cu modificările și completările ulterioare, cu privire la falsul în declarații, că informațiile prezentate în această cerere și documentele anexate corespund realității.*

**Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ Semnătura**