

## Talon de înscriere ARMEDICA 2018

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

**Taxa de participare: 350 lei. Taxa de participare pentru medicii pensionari: 250 lei.**

### Modalități de plată:

- prin virament bancar, în contul: RO51 BRMA 0020 0282 6550 0001, Banca Românească Arad; Colegiul Medicilor Dentiști Arad, CUI 17072443;
- la sediul CMD ARAD - str. Călărașilor, Nr. 3, Arad;
- online, pe pagina cmdarad.ro/Taxe CMD Arad
- la locul desfășurării Congresului - Expo Arad.

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

- Secretariat CMD Arad: 0746.174.694
- Președinte CMD 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](mailto: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 Dentiști 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**

Subsemnatul, ..... (numele și prenumele)/identificat prin adresa personală de e-mail:

- Sunt de acord ca organizația profesională Colegiul Medicilor Dentiști Arad, să fie autorizată să prelucreze datele mele personale introduse în formularul de înregistrare, în următoarele scopuri: *înregistrarea la manifestare, eliberarea diplomelor, primirea de invitații și înscriere la manifestări științifice, congrese, conferințe, simpozioane; primirea de materiale științifice în domeniu; colaborării cu alte instituții profesional-științifice, institute de cercetare, din țară și străinătate; colaborării cu Colegiul Medicilor Dentiști 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;*
- Acept să fiu filmat/fotografiat în incinta locației manifestării profesionale în scopuri de promovare a imaginii și serviciilor organizației profesionale, prin utilizarea imaginilor/fotografiilor în care sunt inclus (pe website, Facebook, etc.), Înțeleg că aceste date postate cu acordul meu pe site-ul Colegiului Medicilor Dentiști Arad sau pe pagina sa de Facebook se vor stoca pe o durată de 3 ani,
- Sunt informat cu privire la posibilitatea de exercitare a următoarelor drepturi, în conformitate cu dispozițiile prevăzute de Regulamentul General privind Protecția Datelor și de legislația națională: *Dreptul la informare, dreptul de acces la datele mele., Dreptul de intervenție, Dreptul de opoziție, Dreptul de a nu fi supus unei decizii individuale.*
- **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 anunțuri 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:** \_\_\_\_\_